

А Л Ь М А Н А Х

Института хирургии
имени А.В. Вишневского

№1 2015

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ТЕЗИСЫ

представленные на XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России

Москва, 17-19 февраля 2015 г.

Тезисы представлены в порядке поступления

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мелконян Г.Г., Мумладзе Р.Б.

Москва

ГОУ ДПО РМАПО

Современные технологии позволяют широко внедрять в хирургическую практику малоинвазивные вмешательства, что позволяет снизить операционный риск, а так же расширяет возможности хирургического лечения больных, особенно пожилого и старческого возраста. В настоящее время стандартным вмешательством при патологии желчного пузыря является лапароскопическая холецистэктомия, а для диссекции тканей и остановки кровотечения используется электрокоагуляция. Однако, использование электрокоагуляции может быть источником осложнений, таких как электроожоги полых органов и трубчатых структур с их перфорацией, электроожоги печени и ложа удаленного пузыря. В послеоперационном периоде, так же часто встречаются серома и абсцесс подпеченочного пространства, паренхиматозное кровотечение из ложа удаленного пузыря и др. Они приводят к неудовлетворительным результатам лечения и часто требуют повторного вмешательства. Нами проведен анализ лечения 94 больных с калькулезным холециститом, находящихся на лечении в хирургическом стационаре ГKB им. С.П. Боткина в 2010 — 2014 гг. При оперативном лечении у данных больных был использован высокоэнергетический гольмиевый лазер (УЛХК-01-Компакт; тип лазера Ho:YAG; длина волны 2088 нм; максимальная энергия 3 Дж; частота до 15 Гц; длительность импульса 600 мкс.). Использование лазера заключалось в выделении желчного пузыря из его ложа во время лапароскопической холецистэктомии. Кварцевое оптоволокно подводилось непосредственно к зоне оперативного вмешательства через установленный в правом подреберье порт размером 5мм. Нами использовался лазер в режиме где мощность составила 2 Дж и частота 10 Гц. После клипирования и пересечения пузырного протока и пузырной артерии, проводилось выделение желчного пузыря из его ложа с помощью лазера, при этом пилотный луч позволял четко контролировать зону, подвергающуюся облучению, что полностью позволяет исключить вероятность повреждения желчного пузыря, сосудов и желчных протоков. При выделении желчного пузыря данным способом одновременно происходит надежная коагуляция ложа желчного пузыря, что позволяет сократить время оперативного вмешательства, т.к. повторное коагулирование ложа после выделения

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пузыря не требуется. Также, в отличие от электрокоагуляции, положительным моментом лазерной коагуляции является образование нежного струпа на поверхности паренхимы печени и отсутствие повреждения печеночной ткани в ее глубине, что обусловлено малой глубиной проникновения гольмиевого лазерного излучения (0,4 мм.). Данное обстоятельство подтверждено нами при гистологическом и ультраструктурном исследованиях образцов ткани печени после лазерного воздействия. Ультразвуковое исследование брюшной полости на 3-и сутки после операции показало наличие жидкостного компонента в подпеченочном пространстве у 8 (8,51%) пациентов данной группы, причем объем жидкостного компонента был в среднем 5,0 мл. В 2 (2,12%) случаях оперативное лечение завершено дренированием подпеченочного пространства профилактически в связи с перфорцией желчного пузыря во время его выделения. Дренажи были удалены на 2 сутки, после проведения УЗ-контроля, при котором жидкостных скоплений в подпеченочном пространстве не выявлено. Во всех случаях применения лазера при холецистэктомии в послеоперационном периоде осложнений не было. Больные выписаны под наблюдение хирургов поликлиники по месту жительства на 3 сутки. Швы снимались амбулаторно на 7 сутки. Таким образом, использование высокоэнергетического гольмиевого лазера при лапароскопической холецистэктомии позволило улучшить результаты лечения больных с калькулезными холециститами с получением стойкого гемостатического и антибактериального эффекта в зоне операции, сведения до минимума таких нежелательных осложнений, как электроожоги полых органов и трубчатых структур, их перфорация, электроожоги печени и ложа удаленного пузыря, паренхиматозное кровотечение из ложа удаленного желчного пузыря, образование сером и абсцессов в подпеченочном пространстве часто сопровождающие традиционные методы лечения данной категории больных. Продолжительность оперативного вмешательства данным способом позволило сократить длительность операции до 20 мин. в среднем по сравнению с традиционными методами лечения.

2.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К., Салахов К.К.

Республика Татарстан, г.Набережные Челны.

ГАУЗ «Менделеевская ЦРБ» Главный врач - Сабаев О.В.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Лечение распространенного перитонита – представляет одну из наиболее сложных задач хирургии. Летальность при перитоните остается на высоком уровне. Особого внимания заслуживает внедрение видеолапароскопии в лечение распространенных форм перитонита. Важное место занимают программированные лапароскопические санации после первичных операций при распространенном перитоните, которые позволяют: санировать брюшную полость, коррегировать расположение дренажей, контролировать состояние кишечных швов и анастомозов. Производить дренирование внутрибрюшных абсцессов. Остановить неинтенсивное внутрибрюшное кровотечение с использованием гемостатических полимерных материалов, либо осуществить клипирование, коагуляцию, прошивание сосудов. Рассечь сформированные и формирующиеся спайки между органами брюшной полости. Обработать брюшину лазером, ультразвуком. Накопленный нами опыт проведения санационной лапароскопии позволил разработать показания к ее использованию. К ним относятся: распространенный гнойно-фибринозный перитонит в токсической и терминальной стадии с клиническими проявлениями массивного полимикробного обсеменения. Послеоперационный желчный перитонит в реактивной стадии. Синдром неблагоприятного послеоперационного течения, когда нельзя исключить развитие интраабдоминальных осложнений. Отсутствие возможности адекватной санации во время лапаротомии по каким либо причинам. Противопоказания к лапароскопической санации: крайне тяжелое состояние больного, связанное с глубокими нарушениями функций жизненно важных органов и систем. Продолжающееся интенсивное внутрибрюшное кровотечение. Несостоятельность кишечных швов. Относительные противопоказания: нагноение послеоперационной раны. Эвентерация кишечника. Несформировавшиеся кишечные свищи. Цель исследования: разработка метода программированной лапароскопической санации у больных с распространенными формами перитонита, используя энергию низкочастотного ультразвука. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 211 больных с распространенным перитонитом поступивших в хирургическое отделение с 2005 по 2014 гг. Основную группу составили 37 пациентов которым были проведены лапароскопические санации с использованием низкочастотного ультразвука. В группу сравнения вошли 174 пациента у которых использовалась традиционная релапаротомия в связи с прогрессированием патологического процесса в брюшной полости. Тяжесть состояния больных с распространенным перитонитом определялась по Мангеймскому перитонеальному индексу. Как видно из представленной таблицы, наибольшей группой больных с распространенным перитонитом, которым проводилась лапароскопическая санация брюшной полости имели вторую степень тяжести заболевания, у пациентов третьей группы по МПИ методика оказалась неэффективной. В исследовании использовали отечественный, серийно выпускаемый аппарат ультразвуковой низкочастотный УРСК 7Н-18, который состоит из генератора, акустического преобразователя и удлиненного волновода-излучателя, что позволило использовать его при лапароскопии. 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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

«модифицированные - лапаропорты» 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. Критериями к прекращению дальнейших санаций служили: небольшое количество серозного или серозно - геморрагического экссудата, отсутствие или незначительное количество наложения фибрина. Отсутствие выраженных воспалительных изменений со стороны париетальной брюшины, восстановление моторной функции кишечника. Результаты. После «озвучивания» брюшной полости в 21(56%) случае роста микрофлоры не обнаружено, в остальных случаях число колониеобразующих единиц уменьшилось в 4-7 раз, чувствительность микроорганизмов к антибиотикам увеличилась в 9 (23%) наблюдениях. Предложенный способ лапароскопической санации позволил снизить летальность на 12% и развитие послеоперационных осложнений на 8%, по сравнению с контрольной группой у больных 2 степени тяжести перитонита по МПИ. Вывод: разработанный способ программных видеолапароскопических санаций брюшной полости с применением низкочастотного ультразвука у больных с распространенным перитонитом оказывает выраженный бактерицидный и бактериостатический эффект. Согласно разработанным показаниям, метод может использоваться в комплексном лечении распространенного перитонита как современный и эффективный вариант воздействия на инфекционный процесс в брюшной полости. Недостатками лапароскопической санации являются – низкая ее эффективность при тотальной бактериальной контаминации с обильными фибринозными наложениями. Наличие паралитической кишечной непроходимости и выраженный спаечный процесс, ограничивающий обзор брюшной полости, так же не позволяют адекватно произвести санацию. Отсутствие возможности интубации тонкой кишки, если она не произведена во время лапаротомии.

3.СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Кожанов А.Г., Соколов В.В., Беков М.Т.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Москва

1 ОКД №1 ДЗ г. Москвы, 2) МНИОИ им. П.А. Герцена

После выполнения функционально-щадящих операций, по поводу рака гортани у ряда пациентов возникают рубцовые стенозы гортани и трахеи. Лечение послеоперационных стенозов гортани и трахеи в настоящее время остается сложной и недостаточно решенной проблемой. Наш опыт основан на эндоскопическом восстановлении просвета гортани и трахеи у 32 больных (с 2011-2014г.). Возраст больных колебался от 53 до 72 лет, средний возраст больных составил в 62,5±19. Из них мужчин было 27 (78,1%), женщин 5 (21,9%). С целью повышения эффективности лечение стенозов гортани и трахеи нами разработана рабочая классификация: В зависимости от вида стенозов: Воспалительный отек. грануляции Рубцовый Смешанный: Воспалительные изменений + рубец Опухолевый (рецидив) Инспираторный: трахеомалация По протяженности: 2-3 мм 4-6 мм 7-15 мм более 15 мм Локализация стеноза - поражение отделов гортани и трахеи : вестибулярный среднего подскладного двух отделов гортани трех отделов гортани гортани и трахеи трахеи на уровне верхнего отдела трахеостомической трубки трахеи на уровне нижнего отдела трахеостомической трубки трахеи на уровне верхнего и нижнего отделов трахеостомической трубки Лечение проводилось использованием аппаратов: Видеобронхоскопа EVIS Exera II OLIMPUS Q180, портативного скальпеля коагулятора «ЛАЗОН-10-П». Всем пациентам ранее выполнено хирургическое лечение в объеме фронтально-латеральная резекция гортани, с формированием трахеостомы. Большинству больных (96,9%) лечение проводилось под местной анестезией (спрей 10% + раствор лидокаина 2%) поэтапно проводилось удаление лигатур. При выявлении грануляций и рубцовой ткани, выполнялась абляция грануляций и рубцов. Небольшое количество пациентов (3,1%) проводилось лечение под общей анестезией. В лечении стенозов гортани и трахеи мы применяли комплексный подход: Противовоспалительное воздействие лазера Лазерная аргоно-плазменная хирургия Лазерная абляция + временный стент Проведенные исследования установили, что после эндоскопического хирургического удаления лигатур, иссечения грануляций и рубцовой ткани, просвет гортани восстановлен более 1 см у 29 из 32 пациентов (90,6%). У одного пациента выявлена отрицательная динамика в виде повторного сужения голосовой щели. В связи развитием воспалительно-рубцового стеноза. Таким образом после выполнения функционально сохраняющих операции при раке гортани применение эндоскопической техники позволили расширить просвет органа и восстановить голосовую и дыхательную функцию.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

4. Первый опыт дуктоскопии при внутрипротоковой патологии молочных желез

Попов Е.А., Вышакова А.К., Доценко О.Н., Хохлова Л.Е.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской Клинико-диагностический центр №1»

В СПб ГБУЗ ГКДЦ №1 впервые в России внедрена методика дуктоскопии для диагностики внутрипротоковой патологии молочных желез. С января 2013 по апрель 2014 года, женщинам с патологическими выделениями из сосков в нашей клинике было предложено выполнение дуктоскопического исследования. Перед этим всем женщинам в обязательном порядке была выполнена маммография, ультразвуковое исследование молочных желез, цитологическое исследование выделений, дуктография. Оборудование, используемое для исследования: 1) дуктоскоп производства Karl Storz, диаметром 0,6 мм, 2) мобильная видеосистема Karl Storz Telepack. Для бужирования устья протоков мы использовали набор Bowman слезных зондов (Karl Storz). После бужирования устья для расширения канала и с целью обезболивания вводили через тубус 0,25% раствор лидокаина, затем, после удаления обтюлятора тубуса, вводили дуктоскоп. При исследовании стандартными этапами являлись: 1) контроль прохождения устья, 2) визуализация бифуркации 1-го уровня, 3) прохождение протоков 2-го уровня ветвления. Всего было обследовано 48 женщин. Выполнено 50 исследований. У двух женщин проведена дуктоскопия протоков обеих молочных желез. Успешными были 42 исследования. В 8 случаях причинами неудач оказались: 1) невозможность оптикой пройти устье из-за его узости, 2) изгиб протока 1-го уровня сразу за устьем на 90 градусов. Исследования сопровождались записью изображения на жестком носителе. Послеоперационные осложнения были представлены воспалительными явлениями - болями, единично локальными покраснениями, которые возникали на 3-5 день после манипуляции. Отмечались такого рода явления у 6 женщин. Во всех случаях воспалительные явления четко ассоциировались с дуктэктазией по данным дуктографии (проток первого уровня больше 4-5 мм в диаметре) и наличием многолетних выделений зеленовато-грязного цвета. В цитологических мазках присутствовали элементы воспалительной реакции - лейкоциты, макрофаги. Мы ретроспективно сравнили результаты, полученные при дуктографии и дуктоскопии. По данным дуктографии был выставлен диагноз внутрипротоковая цистаденопапиллома (ЦАП) в 24 случаях, по данным дуктоскопии диагноз подтвержден всего в 3 случаях. В одном случае мы успешно выполнили биопсию образования. При анализе данных выяснилось, что основой постановки ЦАП при рентгенологическом исследовании являлось наличие пристеночных дефектов наполнения менее 1 мм в диаметре. При дуктоскопии в таких случаях мы видели пристеночное скопление пузырьков воздуха. В тех же случаях, когда при дуктоскопии мы визуализировали истинную опухоль, по данным рентген-исследования был симптом «обрыва» или же образование диаметром более 3 мм. В пяти случаях по данным дуктоскопии было подозрение на

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

внутрипротоковый рак. Визуально мы наблюдали изъеденную, неровную кровотокающую стенку протока, с нарушенным капиллярным рисунком стенки протока. В четырех случаях наши подозрения были подтверждены данными дуктографии. Выводы: Дуктоскопия выводных протоков молочной железы простая и безопасная диагностическая технология, хотя и требует определенного мануального навыка. Исследование может выполняться в амбулаторных условиях. При диагностике внутрипротокового поражения существует возможность неинвазивно получить материал для морфологического исследования. Дуктоскопия незаменима при дифференциальном диагнозе внутрипротоковых поражений, позволяя в большинстве случаев исключить ложноположительные результаты при дуктографии и тем самым избавить женщину от ненужного оперативного вмешательства.

5. Эндоскопическое лечение дисфагии у онкологических больных в ОБУЗ КОКОД.

Подольский В.В., Подольская Е.А., Киселёв И.Л., Беленцов В.В., Пойдашев К.Ю.

Курск

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курский областной клинический онкологический диспансер»

Дисфагия – частый симптом, возникающий у больных раком пищевода, желудка до начала лечения, в процессе химиолучевой терапии, а также после оперативного лечения, вследствие стриктуры анастомоза, рецидива заболевания. Нарушение питания вызывают истощение больного, препятствуют проведению адекватного лечения, ухудшает качество жизни пролеченных пациентов. Целью исследования явилась оценка эффективности использования методик внутрипросветной хирургии для купирования симптома дисфагии у онкологических больных. Материалы и методы. В исследование включено 72 пациента, страдающие дисфагией. 17% (12 больных) составили случаи симптоматического лечения рака пищевода, проксимальной части желудка, 83% (60 больных) – восстановление проходимости пищеводно-кишечных, пищеводно-желудочных анастомозов. Внутрипросветные манипуляции осуществлялись на видеостойке Pentax, с использованием полупроводникового инфракрасного лазера 1060 нм «Лахта Милон», биопсийных щипцов Pentax, набора термопластичных бужей, нитиновых стентов «M. I.Tech». При симптоматическом лечении опухолевые стенозы бужировались набором

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

термопластических бужей диаметром от 9 до 14 мм. Количество сеансов составляло от 1 до 8. Время сеанса 15-30 минут. Бужии проводились по атравматической струне, устанавливаемой под эндоскопическим контролем. В случае планирования паллиативного специализированного лечения после восстановления проходимости просвета пищевода устанавливался нитиноловый стент с антирефлюксным механизмом. При стриктурах анастомозов производился курс бужирования от 1 до 9 сеансов. Бужии диаметром 9-14 мм проводились по атравматической струне, установленной эндоскопически. Параллельно бужированию осуществлялось рассечение лигатур инфракрасным полупроводниковым лазером длиной волны 1060 нм с торца оптовода, проведенного по инструментальному каналу эндоскопа. Рассеченные лигатуры извлекались с помощью биопсийных щипцов. Полученные результаты. За период 2010-2014 гг. в ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер» произведено 288 лечебных манипуляций по поводу симптома дисфагии, пролечено 72 пациента. В 70 случаях (97%) дисфагия была устранена, просвет объективно восстановлен, что было подтверждено эндоскопически и рентгеноскопически. Осложнения наблюдались в 2 случаях(3%). У одного больного появились симптомы динамической кишечной непроходимости, которая купировалась инфузионной терапией. Второе осложнение – перфорация пищевода в области опухоли, больному наложена гастростома, явления медиастинита купированы консервативно. Выводы. Таким образом, методы внутрипросветной хирургии являются эффективными в лечении дисфагии у онкологических больных. Особенно важно, что эндоскопические манипуляции производятся под местной анестезией, хорошо соматически переносятся пациентами, т. к. эта группа больных ослабленных, с высоким анестезиологическим риском, часто с нерезектабельными опухолями или уже перенесшие обширные операции. Зачастую, эндоскопическое пособие является единственным способом восстановить естественное питание без инвалидизации и нанесения операционной травмы.

6.Применение гольмиевого лазера при лапароскопической холецистэктомии

Мелконян Г.Г., Мумладзе Р.Б.

Москва

ГОУ ДПО РМАПО

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Современные технологии позволяют широко внедрять в хирургическую практику малоинвазивные вмешательства, что позволяет снизить операционный риск, а так же расширяет возможности хирургического лечения больных, особенно пожилого и старческого возраста. В настоящее время стандартным вмешательством при патологии желчного пузыря является лапароскопическая холецистэктомия. При этом, для диссекции тканей и остановки кровотечения используется электрокоагуляция. Однако, данный метод может быть источником осложнений, таких как электроожоги полых органов и трубчатых структур с их перфорацией, электроожоги печени и ложа удаленного пузыря. В послеоперационном периоде, так же часто встречаются серома и абсцесс подпеченочного пространства, паренхиматозное кровотечение из ложа удаленного пузыря и др. Они приводят к неудовлетворительным результатам лечения и часто требуют повторного вмешательства. Нами проведен анализ лечения 94 больных с калькулезным холециститом, находящихся на лечении в хирургическом стационаре ГKB им. С.П. Боткина в 2010 — 2014 гг. При оперативном лечении у данных больных был использован высокоэнергетический гольмиевый лазер (УЛХК-01-Компакт; тип лазера Но:YAG; длина волны 2088 нм; максимальная энергия 3 Дж; частота до 15 Гц; длительность импульса 600 мкс.). Использование лазера заключалось в выделении желчного пузыря из его ложа во время лапароскопической холецистэктомии. Кварцевое оптоволокно подводилось непосредственно к зоне оперативного вмешательства через установленный в правом подреберье порт размером 5мм. Нами использовался лазер в режиме где мощность составила 2 Дж и частота 10 Гц. После клипирования и пересечения пузырного протока и пузырной артерии, проводилось выделение желчного пузыря из его ложа с помощью лазера, при этом пилотный луч позволял четко контролировать зону, подвергающуюся облучению, что полностью позволяет исключить вероятность повреждения желчного пузыря, сосудов и желчных протоков. При выделении желчного пузыря данным способом одновременно происходит надежная коагуляция ложа желчного пузыря, что позволяет сократить время оперативного вмешательства, т.к. повторное коагулирование ложа после выделения пузыря не требуется. Также, в отличие от электрокоагуляции, положительным моментом лазерной коагуляции является образование нежного струпа на поверхности паренхимы печени и отсутствие повреждения печеночной ткани в ее глубине, что обусловлено малой глубиной проникновения гольмиевого лазерного излучения (0,4 мм.). Данное обстоятельство подтверждено нами при гистологическом и ультраструктурном исследованиях образцов ткани печени после лазерного воздействия. Ультразвуковое исследование брюшной полости на 3-и сутки после операции показало наличие жидкостного компонента в подпеченочном пространстве у 8 (8,51%) пациентов данной группы, причем объем жидкостного компонента был в среднем 5,0 мл. В 2 (2,12%) случаях оперативное лечение завершено дренированием подпеченочного пространства профилактически в связи с перфорцией желчного пузыря во время его выделения. Дренажи были удалены на 2 сутки, после проведения УЗ-контроля, при котором жидкостных скоплений в подпеченочном пространстве не выявлено. Во всех случаях применения лазера при холецистэктомии в послеоперационном периоде осложнений не было. Больные выписаны под наблюдение хирургов поликлиники по месту

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

жительства на 3 сутки. Швы снимались амбулаторно на 7 сутки. Таким образом, использование высокоэнергетического гольмиевого лазера при лапароскопической холецистэктомии позволило улучшить результаты лечения больных с калькулезными холециститами с получением стойкого гемостатического и антибактериального эффекта в зоне операции, сведения до минимума таких нежелательных осложнений, как электроожоги полых органов и трубчатых структур, их перфорация, электроожоги печени и ложа удаленного пузыря, паренхиматозное кровотечение из ложа удаленного желчного пузыря, образование сером и абсцессов в подпеченочном пространстве часто сопровождающие традиционные методы лечения данной категории больных. Продолжительность оперативного вмешательства данным способом позволило сократить длительность операции до 20 мин. в среднем по сравнению с традиционными методами лечения.

7. Лапароскопическая герниопластика пупочных и послеоперационных вентральных грыж

Алибегов Р.А., Мелконян С.С.

Смоленск

Смоленская государственная медицинская академия ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

Лапароскопические технологии в хирургии вентральных грыж в настоящее время находятся на стадии бурного развития и повсеместного внедрения. Однако существенным недостатком данного подхода является его техническая сложность и стоимость. Цель: Оценить результаты использования лапароскопической герниопластики пупочных и послеоперационных грыж. Материалы и методы: Представлены результаты лечения 25 пациентов с вправимыми пупочными и послеоперационными вентральными грыжами за период с 2013-2014 гг. В исследование вошло 17 пациентов с пупочной грыжей (68%) и 8 пациентов с послеоперационной вентральной грыжей (32%). Возрастной интервал составил от 29 до 74 лет, 20 женщин (80%) и 5 мужчин (20%). Методика обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания, фиброгастроуденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография. Размеры грыжевых ворот при пупочных грыжах составили от 2 до 6 см и от 3 до 12 см при послеоперационных вентральных грыжах. Классификацию

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационных вентральных грыж проводили по SWR-системе (Chevrel-Rath, 2000). Операции проводили под эндотрахеальным наркозом. Выполняли лапароскопию, адгезиолизис, выделение, ушивание грыжевого дефекта при небольших его размерах. Затем интраперитонеально устанавливали сетчатый эндопротез. В 17 случаях пластику выполняли полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург). Условием применения данного эндопротеза явилась выраженность большого сальника. При этом сетчатый эндопротез устанавливали и фиксировали между брюшиной и сальником, устраняя таким образом контакт эндопротеза и кишечника. В 2-х случаях применяли эндопротез «Реперен» (Нижний Новгород) и в 6 случаях использовали сетчатый эндопротез «Ellipse» фирмы Bard (США). Фиксацию эндопротеза к брюшной стенке проводили при помощи герниотакера и интракорпорального шва. Результаты Средняя продолжительность операции составила 116,25 мин (диапазон 60-210 мин). Интраоперационных осложнений не наблюдали. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдали. Средний срок госпитализации составил 9,6 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 назначали трамадол 5%-2 мл внутримышечно 2 раза в день, в последующем при необходимости переводили на анальгин или кеторол. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами как «слабые» и «умеренные». Из послеоперационных осложнений мы наблюдали 2 случая образования сером. Серомы были устранены при помощи пункции под контролем УЗИ. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 6 до 15 месяцев. Рецидивов не выявлено. Среди оперированных пациентов проводилось анкетирование при помощи комбинации опросников SF-36 и GIQLI. Достоверного снижения качества жизни этих больных по сравнению со здоровой популяцией не выявлено. Выводы Лапароскопическая герниопластика является технически сложным и дорогим оперативным вмешательством. Тем не менее, при наличии достаточного опыта, данная операция представляет альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, короткий период госпитализации и реабилитации, хороший косметический эффект, возможность осуществления симультанных операций.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

8.Профилактика образования абдоминальных спаек после лапароскопических хирургических и гинекологических операций

Мехтиханов З.С.

Дербент

ГБУ РД ГБ "Дербентская"

Из-за хронических болей в животе послеоперационная спаечная болезнь ухудшает качество жизни миллионов людей во всем мире, а также затрудняет в последующем выполнение необходимых оперативных вмешательств, приводит к непроходимости кишечника и женскому бесплодию [1,3,6]. По данным зарубежных исследователей спайки после операции служат наиболее частой причиной непроходимости толстой и тонкой кишки, на их долю приходится от 30 до 50 % всех случаев непроходимости кишечника [6]. Следствием спаечной непроходимости кишечника является, примерно, 1% от всех госпитализированных в хирургические стационары больных и 3% выполненных лапаротомий [2,7]. Послеоперационные спайки в 15-20% случаев являются причиной женского бесплодия и основным морфологическим субстратом при синдроме хронических тазовых болей у женщин [8]. Частота образования внутрибрюшных спаек по данным разных авторов составляет от 67 до 93 % после открытых абдоминальных хирургических операций и достигает почти 97% после гинекологических операций. Так, в США каждый год выполняется более 440 000 операций абдоминального и тазового адгезиолизиса, приводящие к затратам на лечение более 1,2 млрд. долларов, и создающие дополнительные риски для здоровья пациентов [8]. Отсюда, очевидна, настоятельная потребность в снижении частоты развития послеоперационных спаек. Основные принципы профилактики спаечной болезни включают применение прецизионной хирургической техники с минимальной травмой внутрибрюшных органов и использование вспомогательных средств, которые подразделяются на два типа: препараты, нарушающие спайко-образующий воспалительный процесс, и препараты, разделяющие серозные поверхности на время ранней стадии их заживления [6,7]. Лапароскопический метод выполнения операций, наряду с традиционными методами предупреждения образования спаек, открывает новые возможности для профилактики спаечной болезни. Цель работы – профилактика образования спаек после лапароскопических хирургических и гинекологических операций. **Материал и методы.** В исследование были включены 58 пациентов в возрасте от 19 до 46 лет, находившихся на лечение в ВКМЦ с января 2004 по апрель 2009 года. Лапароскопическая операция была первым в их жизни выполненным оперативным вмешательством. Мужчин было 11, женщин 47. Все пациенты были разделены на две клинические группы, сопоставимые по полу, возрасту, форме патологии и типу выполненных операций. В первую группу вошли 35 пациентов, перенесших плановое лапароскопическое вмешательство по поводу хронического аппендицита в 7 случаях, кист придатков матки – в 12 и трубно-перитонеального бесплодия – в 16 случаях. Вторую группу составили 23 пациента, которым после завершения плановой лапароскопической операции для профилактики спайко-

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

образования применялся препарат - раствор «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин». Препарат применялся следующим образом: в конце операции устанавливали дренаж в полости малого таза и ушивали все троакарные доступы. Через дренаж вводили 1500 мл препарата (раствор 1400 мл «Рефортана» и 100 мл антибактериального препарата «Мератин»). Дренаж открывали в послеоперационной палате и удаляли через 24 часа после операции. Среди пациентов второй группы 11 - были оперированы по поводу трубно-перитонеального бесплодия, 8 - кист придатков матки, трое - по поводу хронического аппендицита и одна пациентка - по поводу трубной беременности. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование с целью диагностики формирования спаек. У общехирургических больных при ультразвуковом исследовании определяли положительный семиотический критерий наличия спаек, описанный В. Sigel и соавт. [4], - продольная амплитуда скольжения абдоминальных органов менее 1 см. Скольжение внутренностей определяли как продольное расстояние, которое проходят петли кишечника или сальник между границами передней брюшной стенки и аортокавального комплекса при нормальном и форсированном цикле вдох-выдох, а также при мануальной компрессии брюшной стенки. У гинекологических больных при трансвагинальном ультразвуковом исследовании наличие одного из следующих признаков: • «края» - размывание границ яичников, определяемое как отсутствие четкого контура яичника на протяжении более $\frac{3}{4}$ его протяженности; • «фиксация» - связь яичника с маткой, которая сохранялась при пальпации живота; • «расстояния» - увеличение расстояния от яичника до датчика более 11 мм, которое сохраняется при пальпации живота [5]; - расценивали как показатель вероятности тазовых спаек. Оценку спаечного процесса мы выполняли и при первичной лапароскопии по балльной системе AFS (American Fertility Society) [8]. Вторичное спайкообразование оценивали при релапароскопии также по балльной системе AFS. Результаты и обсуждение. По данным ультразвукового исследования клинически значимый объем раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» сохранялся в брюшной полости более четырех суток после удаления дренажа в течение 24 часов после операции и медленно уменьшался к 7-9 суткам. Послеоперационные осложнения отсутствовали в обеих группах и, таким образом, применение раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» не потенцировало развитие послеоперационной внутрибрюшной и раневой инфекции и не влияло на местный гемостаз. Оценку динамики формирования спаек у всех пациентов обеих групп мы проводили при ультразвуковом исследовании. Однако такая оценка при несомненном достоинстве отсутствия инвазии не позволяет определить распространенность спаечного процесса по отделам брюшной полости и макроскопический характер спаек. Более детальную оценку этих показателей мы смогли провести у 28 из 35 (80%) пациентов первой и 18 из 23 (78%) пациентов второй групп, подвергшихся повторному эндоскопическому осмотру. Таким образом, мы провели две оценки формирования спаек: по данным ультразвукового исследования у всех пациентов и отдельно у пациентов, которым была выполнена повторная лапароскопия через 6-18 месяцев после первичной операции. По данным абдоминального ультразвукового исследования подпаивание петель тонкой кишки и сальника к париетальной брюшине было отмечено у

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

5 из 35(14,3%) пациентов первой группы и у одной из 23 (4,3%) пациентов второй группы ($p < 0,05$). Трансвагинальное ультразвуковое исследование позволило установить параовариальные спайки и фиксацию яичника у 11 из 35(31,4%) пациентов первой и у 5 из 23(21,7%) пациентов второй групп ($p > 0,05$). Однако эти данные следует признать ориентировочными. Поэтому мы подвергли более детальной оценке пациентов, оперированных два раза. По данным шкалы AFS, тяжесть и распространенность спаечного процесса в малом тазу у 28 пациентов первой группы уменьшилась с 9,2 балла при первой операции до 7.4 балла во время второй операции, в то же время у 18 пациентов второй группы - с 9,0 балла при первой - до 5,9 балла ($p > 0,05$) во время второй операции. Сравнительная оценка данных, полученных при ультразвуковом исследовании и повторном эндоскопическом осмотре, у пациентов первой и второй групп свидетельствуют, что уровень спайкообразования во второй группе после применения раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» уменьшается примерно на 22,9% ($p < 0,05$). В нашей работе получены убедительные данные относительно недостаточной эффективности лапароскопического адгезиолизиса для профилактики вторичного спайкообразования. Лапароскопический метод, несмотря на минимальный контакт инородных предметов с брюшиной, имеет свои собственные факторы повреждения мезотелия: длительная микротравма за счет растяжения, сдавления микроциркулярного русла, высушивания и охлаждения средой для создания пневмоперитонеума. Поэтому при лапароскопических операциях, направленных на адгезиолизис, требуются специальные средства профилактики развития спаечного процесса. В качестве специфических средств профилактики спайкообразования могут использоваться пленки и другие местные средства, в основном, производные политетрафторэтилена, гиалуродоновой кислоты, целлюлозы, полиэтиленгликоля и лишённые антигенных свойств коллагена. Некоторые из них эффективны, но сложная технология применения, дороговизна при наложении на большие и множественные дефекты, а также трудность достижения конгруэнтности со сложными париетальными и висцеральными поверхностями брюшины существенно ограничивают их широкое внедрение в практическую хирургию. Мы исследовали гораздо более дешёвый препарат – изотонический коллоидный раствор «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин». Несмотря на то, что раствор задерживается в брюшной полости более четырех суток, его ограниченную эффективность можно объяснить неравномерным распределением постепенно уменьшающегося объема раствора. Выводы. 1. Применение раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» после лапароскопических операций приводит к уменьшению спайкообразования на 22,9%. 2. Раствор «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» рекомендуется к широкому клиническому применению в лапароскопической хирургии и гинекологии, как средство профилактики образования послеоперационных спаек.

ЛИТЕРАТУРА 1. Грищенко В.И., Козуб Н.И. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия // Харків-«Основа» - 1998.- 215с. 2. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии // Москва «ГЕОТАР-МЕД»- 2004.- 133с. 3. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультантные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии // Москва «МедпрактикаМ» - 2005. – 168с. 4. Ультразвуковая диагностика

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

в хирургии // под ред. Дж.К. Харнесса и Д.Б. Вишера, перевод с англ. С.А.Панфилова // Москва «БИНОМ»- 2007.-597с. 5. Хачкарузов С.Г. УЗИ в гинекологии // С.-Петербург-"МедпрактикаМ".- 1999.- 655с. 6. Menzies D., Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions: How big is the problem? // Ann. R. Coll. Surg. Engl. -1990.- Vol.72. -P.60-63. 7. Zerega G.S. Contemporary adhesion prevention //Fertil. Steril.- 1994.-Vol.11.-P. 219-235. 8. Trew G. Consensus in adhesion management// Obstet. Gynaec.- 2004.- N.6.-P.122-132. ать! >

9.Редкая причина наличия свободного газа в брюшной полости без перитонита

Джумабеков А.Т.,Калымбетов Р.Б., Абуов С.М., Жарменов С.М., Жораев Т.С., Артыкбаев А.Ж., , Зейдулла А.Б.

Алматы, Республика Казахстан

Алматинский государственный институт усовершенствования врачейКафедра хирургии с курсами торакальной хирургии и колопроктологии

Актуальность. Пневмоперитонеум в 90% случаев является следствием перфорации полого органа желудочно-кишечного тракта. Чаще всего он сопровождается признаками перитонита и требует оперативного лечения. В других случаях, а именно при гастродуоденальных перфорациях, у пациентов быстро прекращается истечение желудочного (или дуоденального) содержимого в брюшную полость. Перфорации небольшого диаметра могут прикрываться квадратной долей печени, желчным пузырем и серповидной связкой печени и плотно спаиваться с ними при помощи фибринозных наслоений. В таких случаях боли в верхних отделах живота продолжаются лишь короткое время. При объективном обследовании у таких пациентов каких-либо выраженных отклонений не выявляется, а возникающие симптомы проходят очень быстро. Однако при этом в брюшной полости может все-таки обнаруживаться свободный газ, что позволяет поставить диагноз прикрытой перфорации полого органа. Иногда пневмоперитонеум не сопровождается перфорацией и тогда он называется спонтанный, или нехирургический, пневмоперитонеум. Для него характерно доброкачественное течение и возможность консервативного лечения. У женщин пневмоперитонеум возможен после бурного полового акта или после использования джакузи. Это так называемый посткоитальный пневмоперитонеум в период овуляции и попадания воздуха из маточных труб, на фоне невыраженных болей в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

животе на обзорной рентгенографии брюшной полости выявляется свободный газ под обоими куполами диафрагмы. Наиболее редкой формой спонтанного пневмоперитонеума является идиопатический спонтанный пневмоперитонеум. Такой диагноз ставится при исключении известных причин данного состояния и обычно после отрицательных результатов лапаротомии. Существует теория, которая объясняет идиопатический пневмоперитонеум наличием субклинических малых перфораций, приводящих к выходу в брюшную полость воздуха без выхода содержимого. Материал и методы. В нашей клинике наблюдались два таких случая с синдромом Сейнта с наличием свободного газа в брюшной полости без перитонита. Триада Сейнта - название в честь южноафриканского патолога 20 столетия Ch. F.M. Saint, впервые обратившего внимание на сочетание дивертикулярной болезни толстого кишечника, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и желчнокаменной болезни, в 1948г. предложил Мюллер (Cl. B. Muller). Чаще встречается у женщин, нередко протекает бессимптомно, обычно находят на аутопсии. Существует два взгляда на этот симптомокомплекс. Один из них предполагает случайное сочетание этих часто встречающихся состояний. Так, например, дивертикулярная болезнь развивается у 50% полных женщин пожилого возраста, а холелитиаз и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы наблюдаются у 45% этого контингента. Авторы, придерживающиеся другой точки зрения, считают, что дефицит растительной клетчатки в рационе не только вызывает дивертикулярную болезнь, но и грыжу пищеводного отверстия, и геморрой, и варикозное расширение вен, и камни желчного пузыря. Пациентка 76 лет поступила в экстренном порядке с болями в животе и наличием обширных подкожных эмфизем в области шеи. Больная страдает ожирением. Объективно: пульс – 100 в мин., ритмичный, АД-130/80 мм рт. ст. Температура тела в норме. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, язык влажный обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный, пальпаторно отмечается болезненность в левом нижнем квадранте, небольшое локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом раздражения брюшины сомнительный из-за выраженной подкожной клетчатки. Аускультативно прослушивается вялая перистальтика. Общие анализы крови и мочи без патологических изменений. На УЗИ - свободной жидкости в брюшной полости нет. На компьютерной томографии органов брюшной полости были выявлены дивертикулез левого фланга толстого кишечника, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, холецистолитиаз, свободный газ в брюшной полости, эмфизема средостения и подкожной клетчатки шеи. Поставлен диагноз перфорации полого органа. После предоперационной подготовки, под эндотрахеальным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. Во время операции, по вскрытию брюшной полости вышел свободный газ под давлением, на стенке нисходящей ободочной и сигмовидной кишок определялись множественные дивертикулы. Признаков воспаления и прикрытой перфорации дивертикулов толстого кишечника и другого полого органа не выявлены, перитонит отсутствовал. Желчный пузырь без признаков воспаления, в полости определялись крупные конкременты. Обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, кардиальный отдел и дно желудка находились в средостении. Имелась крепитация воздуха в забрюшинном пространстве слева. Через грыжу пищеводного отверстия

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

диафрагмы воздух поступал в средостение и далее в подкожную клетчатку шеи. Была наложена петлевая трансверзостома, в послеоперационном периоде получала антибиотики широкого спектра действия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев произведена левосторонняя гемиколэктомия и холецистэктомия. Исход благоприятный. В другом случае пациентка 72 года поступила в экстренном порядке с жалобами на боли и вздутие живота, при этом признаки кишечной непроходимости отсутствовали. Болеет в течение 5 дней. Объективно: больная страдает ожирением. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, пальпаторно болезненный в эпигастрий, перкуторно- тимпанит, не определяется печеночная тупость. Аускультативно кишечные шумы прослушиваются. На компьютерной томографии органов брюшной полости – свободный газ. Произведена эксплоративная лапаротомия, на операции- множественные дивертикулы левого фланга толстого кишечника, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, холецистолитиаз, при этом кроме большого количества свободного газа, признаков перфорации полого органа и перитонита не выявлены. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная была выписана домой. Вывод. Таким образом, при выявлении свободного газа в брюшной полости страдающих дивертикулярной болезнью и отсутствии явных признаков перитонита спешить с операцией не стоит. Больные должны находиться под тщательным контролем, получать антибиотики широкого спектра действия, а в сомнительных случаях должна производиться диагностическая лапароскопия, что позволяет избежать от напрасной лапаротомии

10. Характеристики иммунного статуса в отдаленном периоде у пострадавших с повреждением селезенки.

Алимов А.Н.(1), Киселевский М.В.(2), Прямиков А.Д.(1),

Москва

(1)[Москва. Кафедра хирургии и эндоскопии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова – зав. кафедрой д.м.н., проф. Хрипун А.И.] (2) [Лаборатория клеточного иммунитета РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, зав. лаб. д.м.н. проф. академик РАМТН Киселевский М.В.]

У каждого 5 пациента при сочетанных повреждениях отмечается разрыв селезенки, а при изолированной травме живота у каждого 7. Оперативное сохранение травмированной селезенки составляет менее 1% случаев.

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Спленэктомия приводит к развитию синдрома постспленэктомического гипоспленизма, поэтому, проблема операционного сохранения иммунокомпетентного органа - остается крайне актуальной. Иммунологические исследования проведены по результатам лечения 384 больных оперированных с 1987 по 2014 гг. по поводу сочетанной (n=274) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 156 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических (среди которых в 29 случаях травма была сочетанной, в 5 изолированной). Средний возраст больных составил 30,7±14,8 года. Самому молодому пациенту - 16 лет, самому пожилому - 56 лет. Соотношение мужчин и женщин - 6,2:1. Общая летальность для 384 пациентов составила -11,71% (45) случаев, при этом в первые сутки - 7,81% (30). Оценка эффективности иммунологического статуса в отдаленном периоде у 30 пациентов после спленэктомии и 30 после органосохраняющей операции с лигированием селезеночной артерии и окончательного гемостаза в зоне разрыва селезенки включала следующие исследования; это показатели клеточного (CD3, CD4, CD8, CD20, HLA-DR, CD38, CD25, CD16, CD4\CD8) и гуморального иммунитета (IgA, G, M; уровня цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО). После спленэктомии в ранние сроки неизменно высоким, вне зависимости от частоты осложнений, оставался количественный показатель тромбоцитов. В отдаленном периоде и после органосохраняющей операции, и спленэктомии, показатели форменных элементов крови соответствовали физиологической норме. Состояние клеточного иммунитета после спленэктомии свидетельствовало о наличии иммуносупрессии, которая проявлялась снижением показателей Т-хелперов/индукторов (CD4), иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) и компенсаторном повышении показателя уровня нормальных киллеров (CD16). Выраженность иммуносупрессии в отдаленном постспленэктомическом периоде определялась уровнем снижения показателя общего числа Т-лимфоцитов (CD3). Тенденции к сохранению иммунного статуса выявлены у больных с наличием спленоза. В противоположность этому, оперативное сохранение травмированной селезенки с лигированием селезеночной артерии способствовало поддержанию иммунного статуса не отличимого от здоровых лиц. Уровень цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО оставался в пределах физиологической нормы вне зависимости от наличия селезенки. Показатели гуморального иммунитета Ig A, G, M. в отдаленном периоде при сохранении травмированной селезенки соответствовали норме, в то время как в постспленэктомическом периоде уровень Ig G (p<0,001) и Ig M (p>0,001) статистически достоверно снижались, даже в случаях развития спленоза. Уровень Ig A оставался в пределах физиологической нормы. После органосохраняющей операции результаты оценки качества жизни по шкале SF-36 достоверно лучше, чем после спленэктомии и не отличаются от здоровых лиц из группы сравнения. Аннотация: Представлен анализ результатов иммунологических исследований в отдаленном периоде у пациентов при закрытой травме живота и повреждении селезенки. У 30 обследованных пациентов после спленэктомии имелась постспленэктомическая иммуносупрессия, в виде нарушений в показателях клеточного и гуморального иммунитета. Тенденции к сохранению иммунного статуса выявлены у больных с наличием спленоза.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Показатели иммунологического статуса после органосохраняющих операций (30) были не отличимые от здоровых лиц. >

11.Альтернатива спленэктомии - органосохраняющий метод хирургического лечения разрывов селезенки 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)

Москва

(1)[Москва. кафедра хирургии и эндоскопии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова – зав. кафедрой д.м.н., проф. Хрипун А.И.](2)[Москва, кафедра ультразвуковой диагностики ФУВ ГБОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова - зав. кафедрой д.м.н. проф. Зубарев А.Р.]

Повреждения селезенки встречаются в 17% случаев при сочетанных и в 11% при изолированных закрытых травмах живота. Оперативное лечение разрывов селезенки выполняется на фоне острой кровопотери, шока, при исходно неудобном анатомическом расположении поврежденного органа. Сама проблема достижения гемостаза сопровождается высоким риском рецидива кровотечения, что привело к манипуляционному стереотипу – спленэктомии в 99% случаев, и не отвечает требованиям современной хирургии. С целью уменьшения интраоперационной кровопотери, предотвращения рецидива послеоперационного кровотечения, безопасного и удобного манипулирования с поврежденной селезенкой мы применяем лигирование селезеночной артерии как основной этап в органосохраняющей операции и затем окончательный гемостаз в местах ее разрыва. Выбор зоны лигирования селезеночной артерии обоснован нами на данных 102 рентгеноконтрастных селективных цилиако и мезентерикографий, проведенных на 73 патанатомических комплексах. Изучено коллатеральное кровообращение селезенки, тела и хвоста поджелудочной железы, как в норме, так и после перевязки селезеночной артерии на различных уровнях.:1)у чревного ствола,2) в проксимальном отделе,3) среднем отделе,4) в дистальном отделе. Установлено, что прекращение центрального кровотока у чревного ствола, в проксимальном и среднем отделе вследствие лигирования селезеночной артерии не вызывает нарушения артериального питания тела и хвоста поджелудочной железы, и в самой селезенке - за счет заполнения коллатерального кровообращения. Доступ во время операции к селезеночной артерии различен, мы используем или через малый сальник у чревного ствола, или через желудочно-ободочную связку, сразу к проксимальному, среднему или

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дистальному отделу селезеночной 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 напряженности капсулы, и с этого момента считаем условия благоприятными для эффективной, малотравматичной и безопасной остановки кровотечения. Селезенку при необходимости мобилизуем благодаря рассечению селезеночно-париетальных связок, извлекаем сгустки из мест разрыва органа, проводим тщательный, окончательный гемостаз. Брюшную полость промываем физиологическим раствором и дренируем. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 384 больных оперированных с 1987 по 2014 гг. по поводу сочетанной (n=274) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 156 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических (среди которых в 29 случаях травма была сочетанной, в 5 изолированной). Средний возраст больных составил 30,7±14,8 года. После операции не было зафиксировано ни одного эпизода кровотечения при выполнении органосохраняющей операции. По данным УЗИ в течение первых 5-7 дней селезенка не меняла размера, это позволило полностью во всех случаях закончить основные этапы заживления в местах её разрывов, без рецидива кровотечения. Восстановление амплитуды изменения размеров селезенки не отличимых от здоровых лиц происходило по данным УЗИ к 3,5 неделе. По данным МСКТ – ангиографии (n=7) в сроки от 5 до 12 суток после операции имеется хорошая заполняемость ретроградным кровотоком селезеночной артерии за местом лигирования без создания зон ишемии тела и хвоста поджелудочной железы. По данным ультразвуковой ангиографии (УЗИ-ЗД\4Д режимах) в отдаленном периоде выявлено, что после органосохраняющей операции вне зависимости от доступа (обычный или лапароскопический) и места лигирования селезеночной артерии, имеется обширная васкуляризация ворот селезенки и ее сегментов, за счет хорошо развитого коллатерального кровоснабжения селезенки, не отличимого от данных ультразвуковой ангиографии здоровых лиц. Эндохирургически оперированные пациенты 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.) в специализированных отделениях. Отмечается значительное уменьшение летальности и осложнений. Метод органосохраняющих операций (особенно эндохирургический) для травматических разрывов селезенки при сочетанной и изолированной травме живота имеет огромные перспективы к широкому использованию в хирургической практике. Снижение интраоперационной кровопотери и отсутствие рецидивов кровотечения позволяют предполагать, что операции с лигированием селезеночной артерии и окончательным гемостазом является эффективной и безопасной альтернативой не только спленэктомий, но других методик органосохраняющих операций травмированной селезенки. Аннотация: Разработан и внедрен альтернативный спленэктомии органосохраняющий метод при разрыве селезенки. В 156 случаях сохранения поврежденной селезенки при изолированной и сочетанной травме живота не было ни одного эпизода рецидива кровотечения после операции. Имеется хорошее коллатеральное кровоснабжение самой селезенки, тела и хвоста поджелудочной железы -

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

по данным КТ – ангиографии сразу после операции и в отдаленном периоде по данным ультразвуковой ангиографии (УЗИ-ЗД\4Д режимах).

12. Результаты хирургического лечения пострадавших оперированных с закрытой травмой живота, повреждением селезенки на основании исходной оценки тяжести состояния и травмы

Хрипун А.И.(1), Алимов А.Н. (1), Саликов А.В.(2), Прямыков А.Д. (1), Отлыгин Ю.В. (1)

Москва

(1) [Москва. Кафедра хирургии и эндоскопии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова – зав. кафедрой д.м.н., проф. Хрипун А.И] (2) [гл. врач 12 ГКБ к.м.н. А.В. Саликов.]

Общеизвестно, что среди лиц молодого возраста сочетанные повреждения с закрытой травмой живота в настоящее время имеют самую высокую летальность, в связи с исходной тяжестью состояния пострадавших. Удаление селезенки при травме, дополняет кровопотерю, увеличивая исходную тяжесть травмы пациента, поэтому альтернативные органосохраняющие операции широко обсуждаются. Цели: Улучшение результатов лечения закрытой травмы живота с разрывом селезенки в соответствии оценки тяжести состояния и травмы пострадавших. Материалы и методы: Мы представляем результаты хирургического лечения 384 больных оперированных с 1987 по 2014 гг. по поводу сочетанной (n=274) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 156 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических. Средний возраст больных составил 30,7±14,8 года. Самому молодому пациенту - 16 лет, самому пожилому - 56 лет. Соотношение мужчин и женщин - 6,2:1. Методика сохранения селезенки включала лигирование (клипирование-эндохирургически) селезеночной артерии, остановку кровотечения из места разрыва селезенки, санацию и дренирования брюшной полости. Среди пострадавших оценка тяжести повреждений и состояния проведены по дополненным шкалам ВПХ-МТ и ВПХ-СП (Гуманенко Е.К.1992г., Лебедев Н.В. 2004г.) Закрытая травма живота с повреждением селезенки наиболее часто сочеталась с травмой груди, преимущественно левых отделов 99 (25,78% n=384) и черепно-мозговой травмой 63 (16,40% n=384). Одномоментное повреждение трех и более анатомических областей наблюдалось у 177 (46 % n=384) пациентов. У всех оперированных больных отмечался гемоперитонеум от 600 мл до 4,5 литров. Выявление

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

доминирующего повреждения при сочетанной травме проводили путем оценки тяжести повреждения каждой области тела с сопоставлением индексов тяжести между собой. Травма живота была доминирующим повреждением - у 171 (44,09% n=384) пострадавших. Доминирование ЧМТ встретилось у 60 (15,62% n=384) пострадавших, а травма груди - у 25 (6,51% n=384). Общая тяжесть повреждений была самой высокой при сочетании доминирующих повреждений (11,25 балла по шкале ВПХ-МТ), особенно при доминировании ЧМТ (17,27 балла) ($p < 0,05$). В состоянии шока госпитализировались более 56% пострадавших. 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 (4,42%, n=384) 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 (5,46% n=384) 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 98 (25,9%) больных, среди которых умерли 14 (14,3% = n=98) - 4 (4,08%) за первые сутки. В состоянии шока I или без него поступило 244 (63,5%) пациента, среди них умер - 1 (0,40% = n=244) пациент, без летальности в первые сутки. В период с 6 по 12 сутки смерть наступила у 15 пациентов от травматической болезни. Общая летальность для 384 пациентов составила - 11,71% (45) случаев, при этом в первые сутки - 7,81% (30). Более 98% органосохраняющих операций и 89% спленэктомий выполнено у пациентов при наличии повреждений тяжелой степени. (Балл ВПХ-МТ 1,2 - 12,2). Сопутствующая травма груди привела к развитию плевро-легочных осложнений 69 (17,96%, n=384) после операции. После спленэктомии осложнений было 143 (62,7%) из 228 (100%). Среди них у 39 (11,88% n=143) пациентов абсцессы локализовались в ложе удаленной селезенки. У 55 (24,12% n=143) больного плевро-легочные осложнения слева развились 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. Среди перенесших органосохраняющую операцию на селезенке осложнения встретились лишь у 18 (11,53% n=156) пациентов. Плевро-легочные осложнения после традиционной операции в 12 (7,69% n=156) случаях и в 1 (0,64% n=156) после лапароскопической. После традиционного сохранения в 5 (3,20%) случаях отмечалось нагноение послеоперационной раны. После видеоэндохирургических вмешательств нагноений не было. 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. Аннотация На основании исходной оценки тяжести состояния и травмы анализируются результаты 384 оперированных с закрытой травмой живота разрывом селезенки. Это позволило рекомендовать применение органосохраняющих операций с лигированием селезеночной артерии (n=156) при баллах 33-46-

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ВПХ-СП и 6,3-12,2-ВПХ-МТ отметив, что число летальных исходов и осложнений были прямо пропорциональны исходной степени тяжести состояния и травмы пациентов и снижались при сохранении травмированной селезенки (в 5 раз).

13. Влияние спаечного процесса на восстановительные операции лапароскопически ассистированным способом у больных с концевыми колостомами.

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

Тюмень

ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №1"

Одним из способов снижения инвазивности вмешательства при восстановлении непрерывности толстой кишки у больных с концевыми колостомами является лапароскопическая мобилизация стомы и культи заглушенной кишки с наложением анастомоза в стомальной ране. В настоящее время продолжается изучение технических особенностей проведения лапароскопически ассистированных операций (лас), влияния характера и распространенности спаечного процесса на частоту конверсии и уровень послеоперационных осложнений. Цель работы - изучить влияние спаечного процесса брюшной полости на возможность выполнения восстановительной операции лапароскопически ассистированным способом и частоту послеоперационные осложнения у больных после экстренных обструктивных резекций толстой кишки. В 2013-14 гг. больным после экстренных обструктивных резекций восстановление непрерывности выполнялось лапароскопически ассистированным способом. Традиционные вмешательства проводились при отсутствии эндоскопического хирурга в клинике и у больных, которым был противопоказан пневмоперитонеум. Всего оперировано 46 пациентов, из них лапароскопически ассистированным способом 31 человек. Средний возраст оперированных с лапароскопическим этапом составил 52,04-14,74 года, лиц пожилого и старческого возраста 8 (29,62%) человек. Пункцию брюшной полости и введение троакара проводили в мезогастральной области справа, где наиболее низкая интенсивность формирования сращений и вероятность повреждения внутренних органов менее вероятна. После введения лапароскопа под контролем зрения устанавливали инструменты для адгезиолиза в правом подреберье и правой подвздошной области и проводили рассечение сращений начиная со срединной, затем в парастомальной области и в области локализации культи заглушенной

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

кишки. Эта методика проведения операции позволяет провести ревизию брюшной полости, устранить адгезивные сращения и предупредить проявления спаечной болезни. У 4(12,90%) человек из-за рубцового характера спаечного процесса разделение сращений сопровождалось травматизацией стенки кишки и операция продолжена из срединной лапаротомии. Наиболее выраженным спаечный процесс был в срединной области и области культи заглушенной кишки. После выделения объектов анастомозирования из спаек выполняли лапаротомный этап- выделение стомы из брюшной стенки и в этой ране формировался анастомоз. Длина и мобильность анастомозируемых отделов позволила у всех больных наложить анастомоз без колопластики. Из-за рубцового характера сращений у 6 пациентов лапароскопически не удалось выделить культю заглушенной кишки. Операция продолжена расширением стомальной раны и выделением заглушенного сегмента кишки открытым способом. Причинами технических трудностей при разделении инфильтрата у 2 пациентов были осложнения со стороны культи- внутренний свищ с формированием абсцесса, у второго- воспалительная продолженная стриктура выключенной из пассажа кишки, у обоих выполнена резекция патологически измененного участка кишки длиной 7см, у 2 пациентов были микроабсцессы с сформированными вокруг них воспалительно-рубцовыми инфильтратами. У 6 больных выполнена ликвидация парастомальных грыж, длина раны при этом определялась размерами грыжевого дефекта. Средняя длина раны брюшной стенки у больных с лапароскопическим этапом операции составила 7,76-2,30см, кровопотеря 140,87-110,12мл. Послеоперационные осложнения возникли у 7(25,92%) человек, у 1го инфицировалась постстомальная рана, у 1-й возник инфильтрат брюшной полости, у 1-й- во время адгезиолиза не было замечено сквозное ранение тонкой кишки, ей в 1ые сутки выполнена релапароскопия, рана ушита из стомальной раны. Осложнения со стороны анастомоза были у 4 больных, у 3-х несостоятельность и у 1-го развилась стриктура с кишечной непроходимостью. Летальных исходов не было, что связано с своевременной диагностикой и адекватным лечением осложнений. Выводы. 1.Рубцовый характер спаечных сращений осложняет проведение лапароскопических операций при восстановлении непрерывности толстой кишки у больных после экстренных обструктивных резекций. При его распространенном характере выполнена конверсия у 4(12,90%) пациентов. При локальном- в области культи заглушенной кишки у 6(22,22%) пациентов, адгезиолиз продолжен из расширенной постстомальной раны. 2. Причиной формирования рубцовых конгломератов в области культи являются последствия гнойных осложнений обструктивных резекций толстой кишки. 3. Послеоперационное осложнение, обусловленное спаечным процессом и лапароскопическим адгезиолизом было у 1(3,7%) больной - незамеченное повреждение стенки тонкой кишки.

14.ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАННОГО КРОВОТОКА И УРОВНЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

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

1)Уфа, 2)Москва

1)Башкирский государственный медицинский университет, 2)Медицинский учебно-научный клинический центр имени П.В. Мандрыка.

Введение. Лапароскопические операции и вмешательства из мини-доступа прочно вошли в клиническую практику как плановых, так и экстренных хирургических. Поэтому проблема обеспечения безопасности пациента во время и после операции остается фундаментальным направлением анестезиологии и реаниматологии. Последнее время появились сообщения о влиянии напряжённого пневмоперитонеума на органный кровоток, что весьма важно для заживления внутрибрюшных анастомозов, функции печени и почек, особенно на фоне общего атеросклероза. D.Talbot (1995) сообщил о 2 случаях фатальной ишемии кишечника у шестидесятилетних пациенток после лапароскопической холецистэктомии. R.C.Mitchell (1994) сообщили о двухмоментной ишемии органов брюшной полости после лапароскопической фундопликации по Ниссену с некрозом абдоминального отдела пищевода, желудка, желчного пузыря, селезенки, тонкой и половины толстой кишки. Поэтому, изучение печеночного кровотока является актуальным. Цель исследования: Оценить изменения печеночного кровотока под действием операционной травмы при традиционных (ТО) и лапароскопических (ЛО) и минилапаротомных (МЛО) операциях. Материалы и методы: В дооперационном периоде и на 3–4-е сутки после операции исследовали показатели портального кровотока (линейная, объёмная скорость кровотока в воротной вене и печеночной артерии) методом цветного дуплексного сканирования с использованием аппарата УЗИ «АЛОКА SSD 2000»(Япония) датчиками 3,5 – 5 мГц. Для исключения влияния различных факторов на гемодинамику доплерографические показатели измеряли в идентичных стандартных условиях: натошак, в положении лежа на спине, при задержке дыхания без дополнительного вдоха по стандартной методике ультразвукового сканирования. Обследовано 184 пациента, из них 58 пациентам выполнена ТО, 103 пациентам ЛО, 23 минилапаротомная операция. Пациенты во всех группах сопоставимы по полу, риску операции и были разделены на три подгруппы по возрасту: до 40 лет, от 41 до 60 лет и старше 60 лет. Результаты и их обсуждение: Полученные нами результаты, свидетельствующие об изменении гепатопетального кровотока в послеоперационном периоде, обусловлены целым комплексом факторов. Наибольшее снижение показателей линейной и объёмной скорости кровотока по воротной вене и печеночной артерии возникает при проведении лапароскопической холецистэктомии, что, обусловлено неблагоприятным воздействием карбоксиперитонеума, вызывающего перенасыщение углекислым газом, повышение внутрибрюшного давления, что непосредственно затрудняет

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

венозный отток по печеночным венам в большей степени, чем при проведении традиционной лапаротомии и операций из мини - доступа. Несмотря на малую инвазивность операции, необходимо учитывать возможность декомпенсации кровообращения у больных с высоким кардиальным риском. В наибольшей степени эти изменения касались пациентов в возрасте старше 60 лет. Заключение: Несмотря на меньшую травматичность ЛО и раннюю активизацию больных, изменения печеночного кровотока у этих больных были достаточно выраженными даже на 2-4 сутки после операции. Следует подчеркнуть, что нарушение печеночного кровотока после ЛО сохраняется достаточно долгое время после операции. Наименьшие изменения наблюдались после минилапаротомных операций

15. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА: УСПЕХИ И НЕУДАЧИ

Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Муравьев В.Ю., Морошек А.А.

Казань

Республиканский клинический онкологический диспансер
Минздрава Республики Татарстан

Представлен шестнадцатилетний опыт лечения пищевода Барретта, как осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, с использованием малоинвазивных технологий. Цель исследования: Пищевод Барретта (ПБ) одно из наиболее сложных и противоречивых состояний. За свою более чем полувековую историю трактовка этого состояния многократно менялась. От представления об однозначной трансформации в аденокарциному пищевода до состояния не несущего за собой злокачественного потенциала. В связи с этим не определена необходимость диспансеризации этих пациентов и нет единой тактики диагностики, лечения, наблюдения этой группы пациентов. Материалы и методы: С 1998 по 2014 гг. на базе отделения хирургии пищевода эндоскопического центра РКОД МЗ РТ было обследовано и пролечено 203 пациента с ПБ. За 15 лет эндоскопическое исследование трансформировалось с исследований на фиброволоконных эндоскопах и проведением двойной хоромоскопии с 2,5% раствором Люголя и 0,25% раствором метиленовой сини до исследований с проведением NBI+ZOOM+HDTV+AFI. 150 (73,9%) пациентов были пролечены с проведением лапароскопической антирефлюксной операции и последующей деструкцией метаплазированных сегментов. 4 (2%) пациентов обратились в клинику с аденокарциномой нижней трети

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пищевод в стадии не подлежащей радикальному хирургическому лечению. 49 (24,1%) пациентов были подвергнуты аргоноплазменной деструкции в сочетании с те-рапией ингибиторами протонной помпы. В эту группу вошли пациенты, которым невозможно было выполнить лапароскопическую антирефлюксную операцию в связи с сопутствующей патологией и пациенты с ультрокоротким сегментом с метаплазией желудочного типа. Результаты: В результате нами был разработан алгоритм комплексного подхода в лечении ПБ, который состоял из 4 этапов: 1 этап (подготовительный, предоперационный) - медикаментозная терапия 8 недель, при сочетании ПБ с пептической стриктурой пищевода его бужирование до размеров бужа №32-40; 2 этап - лапароскопическая фундопликация 3 этап - эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция слизистой оболочки пищевода не ранее чем через 3 месяца после операции 4 этап - пожизненная диспансеризация Рецидив ГПОД в сочетании с рецидивом ГЭР в первой группе возник у 20 пациен-тов(13,4%). Рецидив ПБ всегда сочетался с рецидивом ГПОД и возник у 7 пациентов (4,6%). У 3 пациентов(2%) после проведения аргоноплазменной деструкции возникли рубцовые стенозы, которые были излечены эндоскопическим бужированием. Во второй группе у 40 (82%) пациентов был достигнут эффект элиминации ПБ (у всех был короткий сегмент). У 9 (18%) удалить метаплазию не удалось. Выводы: 1. Используя комплексный подход стойкого излечения, удалось добиться у 87% больных ПБ. 2. За 15 лет была налажена система диспансеризации пациентов с ПБ. 3. Снижена заболеваемость в Республике Татарстан аденокарциномой пищевода в 2,8 раза. 4. Четко сформулирован диагностический и лечебный алгоритм, а так же внедрен в лечебную сеть и сделан руководством к действию для хирургов, онкологов, гастроэнтерологов и эндоскопистов.

16. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Климов А.Г., Пантюшин А.А., Котляр Е.В., Варварин М.В., Андрусов А.А.

Барнаул

НУЗ "Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул ОАО "РЖД"

В хирургическом отделении НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД», клинике факультетской хирургии Алтайского государственного медицинского университета в лечении больных раком ободочной и прямой кишки с 2013 года используются видеолaparоскопические технологии. В настоящее время мы имеем опыт лечения 9 больных колоректальным раком.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Преимущественно это были мужчины (8 чел.), в возрасте от 49 до 63 лет с высоко- и (или) умереннодифференцированной аденокарциномой T2-4,NO-1,MO. У большего числа больных в клинической картине преобладали признаки хронической частичной обтурационной кишечной непроходимости. У 5 пациентов опухоль располагалась в правой половине ободочной кишки (слепая кишка и печеночный угол), у одного больного – в нисходящем отделе толстой кишки, у одной больной – в дистальном отделе сигмовидной кишки, и у одного пациента – в верхнеампулярном отделе прямой кишки. Размеры опухолей были от 2.0 см до 6.0 см. У 8 больных была выполнена радикальная видеолaparоскопическая или видеоассистированная операция в сочетании с лимфаденэктомией: правосторонняя гемиколэктомия – у 5 человек, левосторонняя гемиколэктомия – 1 больной, резекция сигмовидной кишки – 1 больная, низкая передняя резекция прямой кишки – 1 больной. Одному пациенту, после ранее перенесенной операции типа Гартмана, был выполнен восстановительный этап лечения – видеолaparоскопическое закрытие колостомы с формирования трансверзо – ректального анастомоза. При формировании илео-трансверзо или десцендо – ректального анастомозов использовали аппаратный шов («Endo GIA™ Universal» или «Premium Pius СЕЕА» фирмы «Covidien»). Интраоперационных осложнений не было. Ранний послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Была отмечена ранняя активизация пациентов и восстановление пассажа по кишечнику, отсутствовали гнойно-септические осложнения. Среднее пребывание в стационаре составило 7,6 к/д. Сроки наблюдения за больными составили до 9 месяцев, рецидива заболевания не выявлено. Таким образом, видеолaparоскопические технологии являются альтернативным методом лечения больных колоректальным раком.

17.Использование малоинвазивных методик при раке толстой кишки, осложненном обтурационной непроходимостью

Артюхов С.В.(1)Кубачев К.Г.(2)

Санкт-Петербург

1)СПб ГБУЗ "Александровская больница"2)СЗГМУ им И.И. Мечникова

Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака ободочной кишки. Частота этого осложнения в структуре других составляет около 90%. За 2003 – 2012 гг. в больницу госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. 97% больных доставлены в стационар после 24 часов с момента развития острой кишечной непроходимости. Всем пациентам выполнялось стандартное обследование, объём которого согласовывался с перечнем МКБ – 10 и МЭС. У 1154 пациентов была только обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 имелись другие осложнения рака. Согласно классификации TNM (2009) рак Т3 стадии выявлен у 9,2%, Т4а, в стадии – у 90,8%. Объектом исследования стали 1019 пациентов, у которых не были выявлены метастазы и им выполнены радикальные операции. Поздняя диагностика и запоздавшая доставка в стационар, приводили к тому, что больные поступали в тяжёлом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена интоксикацией, обезвоживанием. Сопутствующая патология в виде ИБС, гипертонической болезни, хронических obstructивных заболеваний легких выявлена у 82% больных. При отсутствии противопоказаний выполнялась диагностическая лапароскопия. Ее удалось выполнить в 941 случаях (92,0%), однако, только у 544 (53,0%) пациентов была возможность провести диагностику адекватно, установить уровень препятствия и сформировать колостому. В остальных случаях выполнялась конверсия. Радикальная операция выполнена 469 больным. Объем операции выбирался исходя из локализации опухоли и выполнялся по общепринятым стандартам. Выделили 2 группы больных. Группа первично – отсроченных радикальных операций (210 пациентов). У 34 (16%) радикальная операция выполнена после ранее сформированной видеоассистированной колостомы. В 176 случаях (84%) радикальная операция выполнена после лапаротомии и формирования колостомы. Формирование колостомы лапаротомным или видеоассистированным способом занимало $64,2 \pm 12,4$ минуты. Время нахождения в реанимации до перевода на профильное отделение составляло $22,4 \pm 6,8$ часа. Эти пациенты были радикально оперированы на 7 – 10 сутки от момента устранения острой кишечной непроходимости и подготовки к соответствующему радикальному объему операции. В данной группе больных летальных исходов не было. В послеоперационном периоде наблюдали осложнения, которые не привели к летальному исходу. Группа первичных радикальных операций (259 пациентов). В условиях острой кишечной непроходимости радикальные операции с восстановлением кишки нами не проводились. В данной группе выполнялась операция типа Гартман. В группе больных без метастазов, такая операция выполнена 143 больным (55,3%). Время операции составляло $96,3 \pm 26,4$ минуты. В отделении реанимации пациенты данной группы проводили $49,8 \pm 16,3$ часа. В данной группе больных отмечено 10 летальных исходов, обусловленных как тяжестью сопутствующей патологии, так и послеоперационными осложнениями, в первую очередь пневмонией. Радикальность операций в данной группе, равно как и стадирование онкологического процесса, было затруднено. Из 133 пациентов, выписанных из больницы, на восстановление в течение первого года обратился 61 больной. В другие стационары обратилось 31 пациента. С остальными связи не было. Из 61 больного, обратившегося в наш стационар, восстановление выполнено 33 пациентам, остальным отказано по тяжести сопутствующей патологии.

ВЫВОДЫ 1. Осложненные формы рака ободочной кишки имели место у 99,6% больных,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

госпитализированных по поводу данного заболевания и клинические проявления этих осложнений обусловлены локализацией и стадией опухолевого процесса, а также степенью метаболических нарушений. 2. Осложненное течение рака ободочной кишки чаще всего отмечено при локализации опухоли в сигмовидной (39,5%) и ректосигмоидном отделе толстой кишки (27,7%) у пациентов с III и IV стадией заболевания. 3. Применение двухмоментных операций с первичным формированием колостомы и последующим выполнением радикальной операции, позволяют улучшить результаты лечения и качество жизни больных.

18. Радикальные операции при раке сигмовидной кишки осложнённом кишечной непроходимостью.

1) Артюхов С.В. 2) Кубачев К.Г.

Санкт-Петербург

1. СПб ГБУЗ "Александровская больница" 2. СЗГМУ им И.И. Мечникова

Конец 20-го и начало 21-го века характеризуется подъемом заболеваемости злокачественными опухолями практически во всех странах мира. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире рак толстой кишки диагностируется более чем у 650 000 человек. В структуре причин развития обтурационной толстокишечной непроходимости удельный вес рака сигмовидной кишки составляет 37,9%, ректосигмоидного отдела - 22,5%. Далеко неоднозначными остаются подходы к хирургическому лечению обтурационной кишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки. До сих пор выполняются трехэтапные оперативные вмешательства типа Цейдлера-Шлоффера. Чаще всего рекомендуют различные варианты обструктивных вмешательств с удалением опухоли. Из-за высокого риска развития несостоятельности отношение к первичным анастомозам остается весьма сдержанным. В основу нашего исследования положен анализ лечения больных раком сигмовидной кишки, госпитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003 - 2012 годы. Всего было пролечено 869 пациентов, страдающих острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком сигмовидной кишки. Объём обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими стандартами в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10). В 2003 году больных раком сигмовидной кишки было 73, а в 2012 уже 95 чел.-век. Прирост составил более 30%. Это обусловлено не только абсолютным ростом числа заболевших, но и сокращением коечного

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

фонда хирургических отделений города, а так же резким снижением числа больных, госпитализированных по программе обязательного медицинского страхования, в медицинские учреждения города федерального подчинения. Среди заболевших мужчин было 381 (43,9%), женщин – 488 (56,1%). Удельный вес пациентов в возрасте до 40 лет составил 2,8%, 41 - 60 лет – 22,0%, 61 - 70 лет – 35,0%, и старше 70 лет – 40,2%. Всего пациентов старше 60 лет было 75, 2%. Одним из важнейших факторов, влияющих на прогноз у больных с неотложными состояниями является продолжительность догоспитального этапа. Подавляющее большинство больных (69%) доставлены в сроки от 48 часов и более от момента начала заболевания. При анализе причин поздней госпитализации среди 679 больных, доставленных позже 48 часов, факторами, влияющими на сроки, явились: поздняя обращаемость больных вследствие развития подобных симптомов в течение нескольких предыдущих дней или недель. Пациенты и их родственники занимались самолечением, применяя для устранения симптомов слабительные или клизмы (29,9%), физическая немощность больных вследствие наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствие ухода (7,5%), осознанный отказ от госпитализации из-за различных семейных или социально-экономических проблем (40%), недоступность медицинской помощи (нахождение вне города, на даче и т.п.) (16,1%), ошибки медицинских работников (6,5%). Тяжесть состояния пациентов проводили используя бальную систему АРАСН-II. Тяжесть состояния 67% больных оценена более чем в 16 баллов, что свидетельствует о низких компенсаторных возможностях пациентов, обусловленной длительной интоксикацией. Эти пациенты требовали серьезной предоперационной подготовки, которая, как правило, проводилась в течение 2 - 3 часов. Объектом исследования стали 322 больных, у которых при операции не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены радикальные операции. Сопутствующие заболевания, в том числе и их сочетания, имелись у 98,8% пациентов. С 2006 года нами широко применяются эндоскопические методы диагностики и лечения. Срочная фиброколоноскопия была выполнена 39 больным. Во всех случаях диагноз был установлен. У 5 больных удалось реканализировать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость. Отсроченная фиброколоноскопия (69 больных) выполнялась пациентам на 5 - 8 сутки после формирования двустольных колостомы для уточнения диагноза или забора материала для гистологического исследования. Лапароскопическое исследование (по Хассену) выполнено 89 (27,6%) больным. Из этой группы у 39 (45,1%) больных была выполнена лапароскопически ассистированная двустольная колостомия, чаще используя левую треть поперечной ободочной кишки. Первичное удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости было выполнено у 149 (46,3%) больных, устранение непроходимости посредством формирования стом или реканализации опухоли - у 173 (53,7%) пациентов. Летальность среди больных, которым была сформирована стома, составила 9,8%, а в группе больных с первичной резекцией кишки с опухолью – 16,1%. Послеоперационные осложнения после первой операции наблюдались у 71 (22,1%) пациентов. Наиболее часто наблюдались гнойно-септические осложнения, тромбозомические осложнения. Наиболее частыми причинами летальных исходов явились прогрессирование перитонита и интоксикации, а так же абдоминальный сепсис. Пневмония и дыхательная недостаточность

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

составили в структуре причин смерти 8,8%, ТЭЛА - 7,2%. **ВЫВОДЫ.** 1. Несмотря на возросшую лабораторно-инструментальную доступность обследования больных, в большинстве случаев рак сигмовидной кишки диагностируется в поздних стадиях, при развившихся осложнениях, ведущее место среди которых занимает острая обтурационная кишечная непроходимость. 2. Преклонный возраст большинства больных, наличие у них тяжелых сопутствующих заболеваний, поздняя госпитализация пациентов с момента развития кишечной непроходимости, тактические ошибки являются основными причинами неудовлетворительных результатов лечения этой группы пациентов. 3. Летальность среди больных, которым выполняли реканализацию опухоли либо первичное стомирование достоверно ниже, чем в группе первично радикальных операций.

19.Современные подходы к лечению острого аппендицита

Ермолов А.С., Гуляев А.А., Левитский В.Д., Ярцев П.А., Радыгина М.В., Абдуламитов Х.К.

Москва

НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

Аппендэктомия – наиболее часто выполняемая операция в ургентной хирургии. Заболеваемость острым аппендицитом в России составляет 4-5 человек на 1000 населения. В настоящее время в среднем по городу Москве доля лапароскопических аппендэктомий составляет 51,3% (2013 г.), а в ведущих специализированных стационарах превышает 90%. Столь высокий процент эндохирургических позволяет оценить основные преимущества эндохирургической методики и стандартизировать ее технику. Материалы. С 2008 по 2014 гг. лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 1524 больным с острым аппендицитом. Мужчин было 62,3%, женщин - 37,7%. Средний возраст составил 28,4±1,4 лет (15-71 год). По морфологическим формам катаральная форма воспаления выявлена у 5,6%; флегмонозная – у 77,8%; гангренозная – у 16,6%. Всем пациентам с диагнозом острый аппендицит хирургическое вмешательство начинали с лапароскопии. Аппендикулярный инфильтрат являлся противопоказанием к хирургическому вмешательству. При наличии аппендикулярного абсцесса выполняли его дренирование под УЗ наведением. Показанием к выполнению диагностической лапароскопии являлось невозможность исключить острый аппендицит в ходе динамического наблюдения. Противопоказанием к лапароскопии являлся анестезиологический риск III и IV класса по классификации ASA, когда создание пневмоперитонеума и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

общая анестезия с искусственной вентиляцией легких опаснее выполнения лапароскопии. Противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии являлась интраоперационная картина распространенного разлитого перитонита в 2,2% случаев (классификация РАСХИ, 2011). Интраоперационно выявленный аппендикулярный инфильтрат являлся противопоказанием к выполнению аппендэктомии в 0,5% наблюдений. Использовали следующую схему расстановки троакаров: параумбиликальный 11 мм троакар и троакар для рабочего инструмента в левой подвздошной области устанавливали традиционно. Точки установки третьего, а, при необходимости, и четвертого троакара для выполнения тракции отростка выбирались индивидуально. Для коагуляции брыжейки червеобразного отростка использовали биполярную электрокоагуляцию. При обработке культи отростка в 96,7% наблюдений применяли лигатурный способ обработки с использованием петель Редера. Показаниями к погружной методике считали выраженные воспалительные изменения купола слепой кишки в области основания червеобразного отростка, когда происходило прорезывание первой лигатуры или ампутация отростка при затягивании узла. Дренирование брюшной полости выполняли при наличии местного неотграниченного перитонита, а также тифлита при высоком риске развития несостоятельности культи червеобразного отростка, у 12,4% больных. Частота послеоперационных осложнений после лапароскопической аппендэктомии составила 1,2%, что более чем в 2 раза ниже этого показателя после открытой операции. Из них наиболее часто встречались послеоперационные инфильтраты в области операции. При формировании послеоперационного абсцесса в 0,4% наблюдений выполнялось их дренирование под УЗ наблюдением с последующим гладким течением. Повторные оперативные вмешательства потребовались у 3 пациентов (0,2%). В 2 наблюдениях выполнена лапаротомия по поводу ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, в одном – при формировании послеоперационной гематомы правого латерального канала. Все 3 больных благополучно поправились. Летальных исходов не было. По нашему мнению, в настоящее время лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора при лечении острого аппендицита и позволяет значительно улучшить социально-трудовую реабилитацию в данной группе пациентов.

20. Морфологическая оценка клеевой композиции для профилактики осложнений чрескожных вмешательств на желчевыводящих протоках.

Киршин А.П.(1), Шарафисламов И.Ф.(2), Филиппов В.А.(2)

Казань

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1) ГАУЗ "ГКБ 7" г.Казани, 2) ГОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия" Минздрава РФ

В настоящее время для разрешения механической желтухи при различных заболеваниях органов гепатобилиарной системы стали достаточно активно применяться малоинвазивные методы, направленные на декомпрессию желчных путей. Это осуществляется эндоскопически или посредством чрескожных чреспеченочных рентгенэндобилиарных вмешательств. Необходимо, чтобы способ желчеотведения был относительно простым, малоинвазивным и сопровождался минимальным количеством осложнений. С целью возможности использования клеевой композиции для профилактики желчеистечения и кровотечения при чрескожных пункционных вмешательствах на желчных протоках нами проведена морфологическая оценка клея «Сульфокрилат» в условиях экспериментальной модели на сроках 24 часа, 48 часов, 96 часов, 144 часа. Клей наносился на поверхность печени лабораторной крысы в виде капли и адгезировался с париетальной брюшиной. При этом происходило моментальное, достаточно выраженное склеивание поверхностей между собой. При форсированном отделении печени от париетальной брюшины после соприкосновения склеиваемых поверхностей происходила травматизация капсулы. В реактивные изменения были вовлечены капсула печени, печень непосредственно, а также ткани брюшной стенки (последняя сформирована серозной оболочкой, мышечной тканью, фиброзно-жировой тканью). На всех контрольных сроках эксперимента выявленные морфологические изменения складывались из проявлений воспаления (альтерация-экссудация-пролиферация), изменений собственно клеевой основы. Через 24 часа были препарированы морфологическая картина представилась следующим образом: - клей в виде гомогенной полосы с диффузной и локализованной примесью нейтрофильных лейкоцитов и макрофагоподобных клеток. - набухание и разволокнение капсулы печени, наличие поверхностных и глубоких дефектов, при окраске по Ван-Гизону метакромазия волокнистых структур - белковая дистрофия гепатоцитов на глубину 1-2 поля зрения х 40, местный распределительный лейкоцитоз, наличие лейкостазов без признаков распада в синусоидных капиллярах, плотность цитоза наибольшая под капсулой в пределах 0,25 поля зрения х 40, формирование локального демаркационного вала - идентичные изменения в серозной оболочке и мышечной ткани Морфологическая картина на сроке 48 часов: - дезинтеграция клеевой основы, изменение ее плотности и тинкториальных свойств, вокруг ее фрагментов среди клеток преобладают макрофаги, лимфоциты - признаки формирующейся грануляционной ткани. Морфологическая картина на сроке 96 часов: - совокупность морфологических признаков реактивного гепатита (краевого): дистрофия до апоптоза гепатоцитов, появление цитоза круглоклеточного характера вплоть до формирования фолликулоподобных структур из лимфоцитов - пролиферация сосудов (капилляров синусоидного типа) - продолжается дезинтеграция клея в виде округлых и полиморфных частиц, перифокально - клубки «разновременного» фибрина. Морфологическая картина на сроке 144 часа: - грануляционная ткань сформирована не только тонкостенными новообразованиями сосудами, но и волокнами - появление спаек - в спайках имела место примесь инородных частиц с формирующимися гранулам инородных тел - в мягких

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

тканях – интерстициальный отек, отек и хаос скелетных миоцитов, их сократительные изменения в виде релаксации. Главной особенностью морфологической картины было асептическое воспаление с активной пролиферацией на ранних сроках (без экссудации), резорбция клеевой основы с пролиферативными изменениями в виде продуктивного воспаления с наличием гранулем по типу гранул «инородных тел». Таким образом, особенность динамики морфологической картины изменений в тканях разработанной нами экспериментальной модели заключалась в том, что минуя стадию экссудации уже на ранних сроках имела место репаративно-пролиферативная реакция сопряженных тканей и органов на клей «Сульфакрилат» с появлением адгезивного процесса, в результате которого сформировался единый комплекс капсула-сероза. Данный процесс, возникающий в месте установки дренажа внутривнутрипеченочных протоков, не позволяет мигрировать дренажу, желчи и крови в свободную брюшную полость, что исключает возникновение угрожающего жизни состояния в виде перитонита.

21. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.

Шамирзаев Б.Н.

Ташкент

Центральный военный клинический госпиталь министерства обороны республики Узбекистан.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при остром холецистите остается методом выбора, но в последнее время показания к ЛХЭ все больше расширяются. В современных клиниках мира процент выполняемых лапароскопическим методом холецистэктомий при остром холецистите превышает 90%. Но до настоящего времени актуальными остаются вопросы тактики и выбора методов оперативного лечения у больных с острыми формами осложненного холецистита. Материал и методы. Нами выполнено 1082 лапароскопических холецистэктомий, из них проанализированы результаты 143 ЛХЭ у больных поступивших в клинику с острым холециститом. Возраст пациентов варьировал от 18 до 83 лет, женщин было 107 (74,8%), мужчин - 36 (25,2%). С острым катаральным холециститом прооперировано 34 (23,7%) больных, с острым флегмонозным – 80 (55,9%) и с острым гангренозным холециститом – 29 (20,3%) больных. С клиническими проявлениями холедохолитиаза и явлениями механической желтухи поступили 14 (9,8%) больных. У 9 (6,3%) больных на

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ЭРПХГ подтверждены конкременты общего желчного протока, у 3 (2,1%) выявлены явления стенозирующего холангита. 12 (8,4%) 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 купировании приступа острого холецистита ЛХЭ выполнялась через 24-48 часов от момента госпитализации, или через 1-3 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 (7,7%) 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 (7,5%) 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, 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 пункция и эвакуации содержимого, желчный пузырь вскрывался с удалением или перемещением конкремента от шейки в область тела или дна. Околопузырные абсцессы были отмечены в 9 (6,3%) случаях. Синдром Мириizzi встретился у 5 больных. Серозный и серозно-фибринозный местный, перитонит был диагностирован у 12 (7,5%) 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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

соответствовала длительности дооперационного консервативного лечения. Переход от лапароскопии к лапаротомии или мини-лапаротомии был осуществлен в 5 случаях. Интраоперационные осложнения наблюдались в 6 (4,2%) случаях в виде: кровотечений из ствола пузырной артерии – в 3 (2,1%) и из печеночных вен – в 2 (1,4%), повреждении общего желчного протока – в 1 (0,7%) случае. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 13 (9,1%) больных: нагноение околопупочного прокола - 3 (2,1%), нагноение эпигастрального прокола – 6 (4,2%), подпеченочный ин-фильтрат - 2 (1,4%), желчеистечение из ложа желчного пузыря - 2 (1,4%). 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 производилась с использованием ретроградных вмешательств (ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ). 3. Операции должны выполняться в специализированных стационарах, опытной операционной бригадой состоящей из 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.

22. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гербали О.Ю., Мамиствалов М.Ш.

Гербали О.Ю. (1), Мамиствалов М.Ш. (2) 1) Симферополь, 2) Москва

Гербали О.Ю. (1), Мамиствалов М.Ш. (2) 1) ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», 2) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В настоящее время лечение заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) является актуальной проблемой современной медицины, что связано с неуклонным ростом распространенности данной патологии, существованием феномена взаимного отягощения различных заболеваний, а также высокой частотой развития осложнений, снижением качества жизни и утратой трудоспособности многих больных. По данным ВОЗ России рост числа больных с заболеваниями ЩЖ происходит преимущественно за счет узловых форм зоба (50%) и дифференцированного рака (5%). Выполнение миниинвазивных операций позволяет минимализировать травматичность тканей, достигнуть хорошего косметического эффекта, уменьшить сроки нетрудоспособности и количество обезболивающих средств после операции. Проведен анализ лечения 346 пациентов с заболеваниями ЩЖ, поступивших в плановом порядке для оперативного лечения в больницу Центросоюза Российской Федерации с 2012 по 2014 годы. Из общего числа пациентов с заболеваниями ЩЖ мужчин было 52 (15,0%), женщин – 294 (85,0%). Средний возраст пациентов составил $40,19 \pm 9,49$ года. Аденома ЩЖ была гистологически подтверждена у 84 (24,3%) больных, коллоидный зоб – у 262 (75,7%) пациентов. Все пациенты были разделены на две группы. В I группу (n =231) вошли больные без признаков метаболического синдрома. Во II (n =115) группу включены пациенты с метаболическим синдромом: артериальная гипертензия с подъемом цифр АД max до 170/100 мм.рт.ст., сахарный диабет II типа, ожирение III степени с ИМТ - 38,5 кг/м². Отбор больных для минимально инвазивного вмешательства осуществлялся по размерам ЩЖ после ультразвукового и пункционного исследования узловых образований. Всем больным до операции проведено стандартное предоперационное обследование. Гемитиреоидэктомии выполнены у 187 (54,1%) пациентов, субтотальная резекция ЩЖ – у 16 (4,6%), тиреоидэктомии – у 143 (41,3%) больных. При проведении миниинвазивного хирургического вмешательства отмечалось снижение кровопотери, уменьшение койко-дня, потребности в послеоперационном обезболивании и улучшение косметического эффекта. По данным динамического наблюдения случаев рецидивов узловых образований не было. Таким образом, внедрение малоинвазивных доступов является безопасным и эффективным у пациентов с максимальным размером узловых образований 3,5-4 см на фоне корригируемого метаболического синдрома.

23. Опыт выполнения антирефлюксных операций.

Галимов О.В., Ханов В.О.

Уфа

Клиника БГМУ, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО БГМУ

В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из заболеваний, широко распространенных в нашей стране. Многочисленные статистические исследования последних лет свидетельствуют, что у всех больных с ГЭРБ определяются нарушения структуры и функции органов верхнего отдела пищеварительного тракта и основной причиной заболевания являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), их осложненное и рецидивное течение, что делает проблему лечения данной патологии актуальной. Развитие медицинской техники способствовали разработке новых способов диагностики, а появление новых медицинских препаратов для улучшения лечения пациентов с ГПОД. Однако до сегодняшнего дня основным методом коррекции патологического рефлюкса является хирургический. При обсуждении современных методов хирургической коррекции ГПОД во главу угла ставится, прежде всего, восстановление функционального состояния пищеводно-желудочного перехода создание антирефлюксного барьера. Повысить эффективность антирефлюксных вмешательств позволило широкое внедрение видеоэндоскопических технологий. За последнее десятилетие лапароскопическая хирургия позволила выполнять хирургическое лечение данной патологии с использованием видеоэндоскопических технологий. За последний год в Клинике БГМУ такие операции успешно выполнены 93 пациентам, преимущественно женского пола, а за последние 10 лет сделано 1106 лапароскопических фундопликаций в различных модификациях. Из всех оперированных больных 71 (6,4%) человек оперированы на фоне осложненного течения заболевания при наличии пептического эзофагита с явлениями эрозирования и изъязвления, на фоне развития рубцовых изменений нижней трети пищевода и эпизодов кровотечений в анамнезе. У 33 (3,0%) пациентов диагностирован пищевод Баррета. Инструментальное обследование пациентов включало фиброэзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, внутрижелудочную рН-метрию, эзофагоманометрию, выполненные по стандартным методикам. Дополнительно при инструментальном обследовании проводили измерение пищеводного отверстия диафрагмы во время рентгенбаллонографии. Разработанный в клинике способ хорошо зарекомендовал себя в клинической практике и на сегодняшний день является обязательным при постановке диагноза. (Патент РФ на изобретение № 2088158). Все фундопликации в Клинике выполняются по методике Nissen в различных модификациях как наиболее адекватной процедуре, способной противостоять забросу желудочного содержимого в пищевод. Пластику пищеводного отверстия диафрагмы считали показанным при расширении пищеводного отверстия более 3,5см. Диафрагмокрурорафия осуществлена в 189 (17,1%) наблюдениях, в 121 (10,9%) случаях выполнено протезирование ПОД сетчатым имплантом, всего коррекция ПОД выполнена у 310 (28,0%) больных. При сочетании ГПОД с другой абдоминальной патологией, требующей хирургической коррекции, в 211 (19,1%) случаях выполнены симультанные

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

вмешательства. Наиболее часто сочетанные вмешательства наряду с коррекцией кардии включали холецистэктомию (154), удаление доброкачественных опухолей яичников (29), рассечение связки Трейтца (15), висцеролиз (11), грыжесечения (2). Интраоперационные осложнения диагностированы у 9 (0,8%) больных. Ранние послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с антирефлюксными процедурами, диагностированы у 73 пациентов (6,6%). Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением стала проходящая дисфагия – 39 (3,5%). Реактивный серозный плеврит имел место в 8 (0,7%) наблюдениях. Эти осложнения носили проходящий характер и были купированы консервативной терапией. Отдаленные результаты изучены у 341 (30,8%) больных в сроки от 1 до 5 лет после операции. С клиникой рецидива заболевания в стационар поступило 47 (4,2%) пациентов, оперированных в различных клиниках города и Республики. После предварительного дообследования повторно были оперированы 39 (3,5%) пациента, у остальных 8 (0,7%) выявлено смещение фундопликационной манжеты выше диафрагмы, однако отсутствовала клиника заболевания и при выполнении дополнительных методов исследования данных за ГЭРБ не выявлено. У 6 (0,5%) ввиду выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, после ранее перенесенных вмешательств вынуждены были перейти на лапаротомию. Таким образом, в условиях реформирования системы здравоохранения, повсеместного внедрения и совершенствования минимальноинвазивных технологий 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. Они являются перспективным направлением хирургии и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность. Данная технология позволяет без расширения доступа успешно выполнить одномоментную коррекцию сочетанной патологии органов брюшной полости.

24. ТРЕХМЕРНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Степанов А.В., Лысак М.М.

Сургут

ГБОУ ВПО СурГУ, БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Наиболее частой причиной посттравматических стриктур желчных протоков является их повреждение при предшествующей холецистэктомии. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии колеблется в пределах от 0,1 до 3,0%, из них при традиционной холецистэктомии – 0,1 – 0,5%, при видеолaparоскопической от 0,1 до 3,0%. Основными причинами интраоперационного повреждения желчных путей являются редкие варианты строения и топографоанатомического взаимоотношения элементов гепатодуоденальной связки, недостаточный опыт хирурга, вовлечение в воспалительный и спаечный процесс гепатодуоденальной связки и связанные с этим сложности визуализации трубчатых структур. Для успешного преодоления первой и второй группы факторов ятрогении необходимо расширение и углубление опыта и знаний оперирующего хирурга (как клиническим путем, так и путем использования виртуальных обучающих технологий), для ликвидации второй полезную роль играют новые технические и технологические решения. Цель исследования: Проанализировать опыт использования трехмерной видеолaparоскопической хирургии при лечении патологии желчевыводящих путей. Материал и методы: Нами проанализирован опыт выполнения 8175 холецистэктомий, из них традиционным лапаротомным доступом – 1645 (20,1%), из мини-доступа – 1524 (18,6%), видеолaparоскопически с использованием двухмерной видеосистемы – 4215 (51,6%). По поводу острого холецистита оперировано 3625 больных (44,3%), по поводу хронического – 4550 (55,7%). При этом интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков имели место у 21 оперированного (0,25%): у 13 (0,16%) – полное пересечение и у 8 (0,09%) – частичное краевое. Частота повреждений в зависимости от доступа: при традиционной холецистэктомии – у 7 (0,42%), при лапароскопической (двухмерная лапароскопия) – у 9 (0,21%), из мини-доступа – у 5 (0,33%). С 2009 г в БУ ХМАО Сургутская ОКБ мы стали использовать 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%). Все больные были госпитализированы в плановом порядке. Мужчин было – 211 (26,7%), женщин – 580 (73,3%). Возраст больных варьировал от 20 до 78 лет, причем пациентов 21 – 30 лет – 29 (3,7%); 31 – 40 лет – 183 (23,1%); 41 – 50 лет – 326 (41,2%); 51 – 60 лет – 154 (19,5%); старше 60 лет – 99 (12,5%). Результаты. Комплекс предоперационной подготовки, проведение операции и ведение послеоперационного периода аналогичен двухмерной лапароскопической холецистэктомии. Данная технология обеспечивает хорошую визуализацию всех этапов операции: идентификация и выделения холедоха, пузырной артерии и пузырного протока, за счет чего уменьшается интраоперационная кровопотеря и риск ятрогенного повреждения внепеченочных желчных путей, что в конечном итоге так же приводит к уменьшению времени операции. 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 более естественной позе, поскольку положение их тела более не ограничивается

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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. Среднее сокращение длительности операции составило 14+7 мин. Осложнений в послеоперационном периоде, как со стороны брюшной стенки, так и брюшной полости в анализируемой группе не было. Средняя длительность стационарного лечения составила 5,6 + 1,2 койко-дня. Заключение. Таким образом, цифровая хирургическая видеосистема объемного эндоскопирования обеспечивает проведение видеолапароскопической операции в естественном трехмерном пространстве, что предоставляет возможность глубинного зрения без прерывания тактильного контакта, улучшает скоординированность рук и глаз, обеспечивает точную пространственную ориентацию, помогает сократить время работы и уменьшить усталость хирурга. Трехмерное видение обеспечивает беспроблемное обнаружение важных органов и анатомических структур, что помогает улучшить точность при манипуляциях и значительно снижает риск интраоперационного повреждения внепеченочных желчных путей и кровеносных сосудов.

25. ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДКА

И.П. Бойчук, А.В. Белявский, З.С. Мехтиханов

Харьков, Украина

Национальный аэрокосмический университет имени Н.Е.Жуковского «ХАИ» Харьковская медицинская академия последипломного образования «ХМАПО»

Важнейшим средством поддержки решений врача является объективное исследование состояния пациента. Для решения данной задачи традиционно приходится решать несколько ключевых вопросов, среди которых основными являются разработка аппаратных средств малоинвазивного контроля биоэлектрических параметров, разработка методов обработки и идентификации полученных данных и формирование и накопление баз данных и алгоритмов поддержки решений врача. Целью настоящего исследования является отработка комплекса технологических средств измерения биоэлектрических потенциалов желудка и методов обработки данных, как реализации нестационарного случайного процесса. Материалы и методы. Для исследования биопотенциалов желудка

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

использовалось измерительное средство совместно с микроконтроллером семейства AtMega, в котором осуществлялась предварительная параметрическая фильтрация и кодирование информации. Передача данных в базовый ПК велась в реальном масштабе времени, что позволяло осуществить визуальный контроль процесса измерений. Электрометрический усилитель гальванически изолирован от ПК, чем достигалось практически полное устранение влияния электрических сигналов ПК на пациента. Электропитание регистратора осуществлялось от гальванически изолированного источника напряжения. На дисплее информационно-измерительной системы (ИИС) в режиме реального времени отображалась регистрируемая программа процесса измерения и цифровые идентификаторы амплитуды и времени регистрации. Параллельно с отображением данных осуществлялась их запись на жесткий диск ПК. Скорость регистрации данных составляла 6 отсчетов/секунду. Предварительная фильтрация данных в микропроцессорном устройстве осуществлялась на частоте 0,05 Гц с добротностью $Q=10$. Время накопления данных во всех исследованиях было ограничено интервалом 15 минут. Для регистрации информации были использованы два электрода для кардиостимуляции имплантированные у 14 пациентов при диагностической и оперативной лапароскопии по большой кривизне желудка на уровне средней ее трети на расстоянии 2 см друг от друга. Способы обработки сигналов Сигналы, с которыми приходится иметь дело при регистрации биопотенциалов, являются функциями времени, т.е. при отображении графика сигнала ось абсцисс является осью времени, а ординат – амплитуды. Такое представление называется амплитудно-временным. Но для сигналов, регистрируемых при исследовании активности ЖКТ, наиболее значимая информация сокрыта в частотной области сигнала. Для получения дополнительной информации применяют математические преобразования сигнала. Получение частотной информации сигнала возможно при использовании преобразования Фурье (ПФ). ПФ декомпозирует сигнал на комплексные экспоненциальные функции различных частот, при этом время существования той или иной частоты выделить невозможно – преобразование Фурье не подходит для анализа нестационарных сигналов. Частотно-временное представление сигнала можно получить при помощи оконного преобразования Фурье (ОПФ). Однако при использовании оконного преобразования Фурье невозможно одновременно обеспечить хорошее разрешение по времени и по частоте. В случае, если сигнал имеет кратковременные высокочастотные компоненты и протяженные низкочастотные компоненты, для анализа сигнала применяют непрерывное вейвлет - преобразования. Вейвлет - преобразование позволяет раскладывать исходный сигнал по частоте, локализуя при этом появление данной частоты во времени. Для анализа использовались два типа вейвлетов – вейвлет Морле и мексиканская шляпа. Вейвлет Морле позволяет выявить локализацию во времени импульсов, а мексиканская шляпа – периодичность сигнала. Еще одним инструментом, позволяющим проводить динамический анализ сложных нелинейных систем, является представление сигнала в «фазовом пространстве». В этом случае отслеживается изменение во времени значений, принимаемых независимыми переменными. Отложив в плоскости «координата-скорость» последовательность точек сигнала, мы получим кривую, характеризующую эволюцию системы. Фазовый портрет

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дает возможность установить тип динамики системы - хаотический или периодический. Наличие аттракторов или предельных циклов свидетельствует о стремлении системы либо к стационарному, либо к периодическому состоянию. Выводы: Измерительный комплекс может быть дополнен средствами программно-аппаратной фильтрации данных. С этой целью можно использовать методы параметрической и корреляционной фильтрации данных, метод синхронного детектирования. Среди методов анализа информации целесообразно использовать частотно-временную селекцию, фрактальный анализ и анализ энергетических спектров характерных осцилляторов ЖКТ. Данные методы могут быть эффективно использованы для оценки состояния ЖКТ пациента с формированием объективных показателей (энергии, частоты, периодичности, стационарности сокращений) моторной функции органов ЖКТ.

26. Оценка возможностей малоинвазивных технологий в лечении перфоративного холецистита.

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Лозовой А.В., Нестеров С.С., Савицкая А.В.

Волгоград

Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Кафедра факультетской хирургии

Внедрение в широкую клиническую практику малоинвазивных технологий позволило значительно улучшить результаты лечения популяции больных с острым воспалением желчного пузыря. Однако в группе пациентов с перфоративным холециститом ситуация существенным образом не изменилась. Цифры летальности при этой нозологии остаются высокими (варьируют от 12 % - 20 %, достигая, по данным некоторых авторов, 40 % - 70 %), а взгляды на возможности малоинвазивных технологий в лечении перфоративного холецистита различными. Цель работы. Оценка возможностей малоинвазивных технологий в лечении пациентов с перфоративным холециститом. Материалы и методы: В период 1993-2013 годов, в клинике факультетской хирургии было выполнено 10215 оперативных вмешательств у пациентов с различными формами воспаления желчного пузыря. При этом по поводу перфоративного холецистита были прооперированы 2,8 % (n=292) больных. Возраст пациентов (84 мужчин и 208 женщин) был от 26 до 97 лет (в среднем 65,8 + 8,6 г.) По общепризнанной, в мировом масштабе, классификации Неймера (Neimeier) перфорации желчного пузыря распределились следующим

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

образом. Перфорация I типа была верифицирована в 22 % наблюдений (n=65), II тип прободения имел место в 66 % (n=193) и III тип - в 12 % случаев (n=34). Результаты исследования. Анализ выполненных оперативных вмешательств показал, что при перфорации желчного пузыря были использованы как лапаротомные (72% (n=210)), так и малоинвазивные оперативные вмешательства (28% (n=82)). При I типе перфоративного холецистита малоинвазивные технологии были применены в 12 % наблюдений и заключались в лапароскопическом разделении внутренних билеодигестивных свищей, выполнении ЛХЭ, с последующим извлечением желчных конкрементов из просвета желудочно-кишечного тракта и ушиванием дефектов внутренних органов (в том числе из минидоступа). У пациентов со II типом перфорации степень внедрения малоинвазивных технологий составила 37%. В большинстве наблюдений, для лечения пациентов с прикрытой перфорацией и перипузырным абсцессом мы использовали разработанный способ ЛХЭ с дренированием брюшной полости (патент РФ № 2464938 от 27.10.2012). При III типе прободения стенки желчного пузыря, который сопровождается явлениями распространенного перитонита, малоинвазивные вмешательства были выполнены в 6% наблюдений. Пациентам была выполнена ЛХЭ с лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости. Для оценки эффективности малоинвазивных вмешательств при перфоративной форме острого холецистита нами были выделены 2 периода. Критерием разделения послужило степень внедрения в широкую клиническую практику малоинвазивных технологий. В первый период (1993-2000 гг.) был прооперирован 81 пациент (в основном лапаротомным доступом). В период 2001 – 2013 гг. были прооперированы 211 больных (как лапаротомно, так и с помощью малоинвазивных технологий). По мере адаптации малоинвазивных технологий для лечения перфоративного холецистита цифры общей летальности уменьшились. В 1993-2000 годы общая летальность при прободном холецистите составила 24% (умерло 20 пациентов из 81 с этой патологией), в период 2001-2013 гг. летальность снизилась до 16% (33 из 211 больных). Выводы. В настоящее время, в лечении перфоративного холецистита возможности малоинвазивных технологий несколько ограничены по сравнению с другими формами воспаления желчного пузыря, и могут быть использованы примерно у трети пациентов с этой патологией. Применение малоинвазивных вмешательств позволяет снизить цифры общей летальности у пациентов данной группы. Лапароскопические операции наиболее эффективны у пациентов со II типом прободения. Совместное использование лапароскопических и минидоступных методик оперирования (хирургические политехнологии) возможно у ряда пациентов с I типом перфоративного холецистита.

27. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ХОЛЕДОХА

Костырной А. В., Гербали О. Ю.

Симферополь

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

Киста холедоха – мешковидное расширение желчного протока, довольно редкое, проявляющееся только у 20% людей и проявляющееся незначительными клиническими симптомами. В КРУ КТМО «Университетская клиника» были прооперированы 12 пациентов с кистами холедоха. Во всех случаях диагноз был выставлен по результатам ультразвукового исследования гепатопанкреатодуоденальной зоны. Использовалась классификация кист желчных протоков по Todani. В 4 наблюдениях течение заболевания осложнилось механической желтухой. У 8 пациентов при ультразвуковом исследовании и интраоперационной диагностике был заблокирован желчный пузырь. Во всех случаях выполнялась холецистэктомия. 2 пациентам был наложен цистоинтестинальный анастомоз из-за тяжелого общего состояния и плотной фиксации кисты с соседними структурами, 5 пациентам выполнено холедоходуоденоанстомоз и в 5 случаях восстановление пассажа желчи выполнено анастомозирование общего печеночного протока с петлей тощей кишки, мобилизованной по Roux-en-Y. С целью разгрузки линии анастомоза и выполнения каркастности устанавливался трубчатый дренаж, который выводился через кишку, мобилизованную по Roux-en-Y. К зоне анастомозов устанавливали трубчатый дренаж для продолжительного дренирования. В одном случае имело место незначительное и кратковременное подтекание желчи по контрольному дренажу, самостоятельно прекратившееся. Один случай на наш взгляд был нестандартен. Пациентка 23 лет, восточного происхождения, госпитализирована в хирургический стационар через неделю после родов, ввиду нарастающего болевого синдрома в правом подреберье (обусловленный гипертензионным синдромом), увеличением в размерах кистозного образования в течение двух недельного наблюдения с 5,0 x 4,0 см до 17,0 x 15,0 см, с резким нарастанием сразу же после родов механической желтухой (уровень общего билирубина 130,0 мкмоль/л), тогда как при госпитализации в роддом были нормальные показатели. Выполнен следующий объем операции, в виду отключенного желчного пузыря - холецистэктомия. С большими техническими трудностями, в виду плотной фиксации кисты к антральному отделу желудка, в большей степени к верхней горизонтальной и нисходящей частям двенадцатиперстной кишки и головке поджелудочной железы выполнена резекция кисты с наложением гепатикоеюноанастомоза по Roux-en-Y на каркасном дренаже. При интраоперационном контрастировании кисты и желчных путей не выявлено общего желчного протока. Через 5 дней больная повторно была взята на операцию, в виду развившегося послеоперационного панкреатита, обусловленного травматизацией поджелудочной железы при первом вмешательстве. В послеоперационном периоде на 3 и 10 сутки выполнена фистулография через оставленный

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

каркасный дренаж. Выявлено, что гепатикоеюноанастомоз функционирует, а выше него в 3,0 см ближе к левой доли имеется добавочный проток, дренирующий в течение 23 лет печень. Редкое наблюдение позволяет усомниться в том, что все в абдоминальной хирургии XXI века известно и понятно.

28. Стентирование главного панкреатического протока при панкреонекрозе: первый опыт, анализ результатов

Логинов Е.В., Дарвин В.В., Романенков С.Н., Зубик Н.В.

Сургут, Нефтеюганск

ГБОУ ВПО Сургутский ГУ, БУ ХМАО-Югры Нефтеюганская ОКБ им. В.И.Яцкив, БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ, Сургут, Россия

Стентирование главного панкреатического протока (ГПП) направлено на коррекцию внутрипротоковой гипертензии, которая при панкреонекрозе является следствием сдавления главного панкреатического протока за счет воспалительных и инфильтративных изменений паренхимы. Особенно актуальна эта позиция при наличии ограниченного поперечного некроза в головке и теле поджелудочной железы. Восстановление оттока из не вовлеченных в патологический процесс отделов поджелудочной железы путем стентирования является эффективной профилактикой прогрессирования некротического процесса в самой железе и перехода на парапанкреатическую клетчатку. Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных с панкреонекрозом при включении в программу лечения стентирования главного панкреатического протока (ГПП). Поведен анализ лечения 14 больных с панкреонекрозом. Верификация диагноза, формы и конфигурации панкреонекроза основывалась на комплексном анализе клинико-инструментальных данных. Мужчин было 8, женщин – 6, средний возраст - 44,5 +6,0 лет. В процессе исследования по данным КТ с болюсным контрастированием ограниченный панкреонекроз имел место у 12 больных, тотальный – у 2. Элементы комплексной консервативной терапии больных ПН были стандартизированы, включая антибактериальную терапию и профилактику, инфузионно-трансфузионную терапию, блокаду секреторной функции ПЖ, экстракорпоральную детоксикацию, антиферментную, реологически активную, нутритивную терапию, ПДА, протезирование функции органов жизнеобеспечения. Результаты. Стентирование ГПП выполняли после предварительной ПСТ холедоха и Вирсунгова протока (ВП). При отсутствии механической желтухи в случае

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

катетеризации ВП выполнялась ЭПСТ протока поджелудочной железы без предварительной ЭПСТ желчного протока. Рентгенологический контроль катетеризации ВП производился посредством использования рентгенконтрастного нитинолового проводника с гидрофильным покрытием диаметром 0,025 дюйма. Использовали перфорированные пластиковые стенты диаметром 5-7 Fr. Установлено 8 «длинных» (до 150 мм) и 6 «коротких» (до 30 мм). При механической желтухе стентирование ГПП дополняли установкой билиарного стента. Вследствие изменений свойств секрета поджелудочной железы при ПН в виде повышения вязкости с появления хлопьев а также наличия «сладжа» в желчи, стремились к установке максимально возможного диаметра стентов. В связи с чем, совместно с компанией «Эндофлекс» был разработан новый дизайн стентов. Панкреатический перфорированный стент с различным диаметром по длине (7 Fr x 5Fr). Билиарный стент с сужающимся протоковым концом и дополнительными билиарными фиксаторами и перфорационными отверстиями. Результаты. Образование острых жидкостных скоплений наблюдали у 28,6% пациентов, что потребовало дополнительного малоинвазивного дренирования. Переход процесса в инфицированную стадию отмечен у 14,3% - выполнены оперативные вмешательства (секвестрнекрэктомия). Летальные исходы отмечены у 2 больных (14,3%). Таким образом, наш первый опыт стентирования ГПП при панкреатическом некрозе позволил определить показания к данной манипуляции случаями ограниченных поперечных некрозов с локализацией в головке и теле ПЖ, при этом предпочтение следует отдавать стентированию длинным перфорированным стентом, обеспечивающим лучшие возможности для коррекции внутрипротоковой гипертензии. При наличии некроза с локализацией в области хвоста ПЖ и тотального панкреатического некроза целесообразность стентирования является спорной и требует дальнейшего изучения.

29. Лапароскопия при ущемленных грыжах передней брюшной стенки

Ярцев П.А., Драйер М., Кирсанов И.И., Тарасов С.А., Левитский В.Д., Попова Н.А.

г. Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Ежегодно в Москве выполняется около 3000 операций пациентам с ущемленными грыжами передней брюшной стенки (по данным департамента здравоохранения г. Москвы). Обращает на себя внимание,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

что несмотря на широкое внедрение плановой лапароскопической пластики передней брюшной стенки, при ущемленных грыжах эндохирургические операции мало используются. Цель исследования. Оценить возможности лапароскопии в диагностике и лечении больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки. Материалом исследования послужили результаты диагностики и лечения 96 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, которые были оперированы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 2009 по 2014 годы включительно. Мужчин 78 (81,25%); женщин - 18 (18,75%). Преобладали пациенты трудоспособного возраста. Время от момента ущемления грыжи до поступления в стационар составило 6,5 + 3,3 часа. Позже 2 часов с момента ущемления оперировано 9 пациентов (5,69%). По локализации грыж больные, оперированные лапароскопическим способом, были распределены следующим образом: паховые грыжи - 62 больных (64,58%), грыжи белой линии живота - 11 больных (11,4%), пупочные - 15 больных (15,62%), параумбиликальные грыжи - 8 (8,3%). Всем пациентам операция выполнялась под комбинированным эндотрахеальным наркозом. После этапа грыжесечения использовалась: трансабдоминальная предбрюшинная аб-доминопластика (ТАРР) при паховых грыжах и интраабдоминальная пластика (ИРОМ) передней брюшной стенки при срединных грыжах. При трансабдоминальной предбрюшинной абдоминопластике использовали имплантат «Parietex» размером 10 x 15 см и эндогерниостеплер «Protack» 5 мм, или самофиксирующийся имплантат «Progrip» размером 10x15 см. При интраабдоминальной абдоминопластике использовали антиадгезивный имплантат Parietex Composite различного размера и эндогерниостеплер «Absorbatack» 5 мм, перекрывающий размер грыжевых ворот на 3 -5 см. Во время наркоза, за счет расслабления и растяжения мышц передней брюшной стенки при формировании пневмоперитонеума, происходило самостоятельное вправление грыжевого выпячивания. У 85 больных (88,5%). Из них в 4 наблюдениях (4,16%) для вправления грыжи внутрибрюшное давление кратковременно увеличивали до 18 мм рт ст. на 10-60 секунд, при этом изменений гемодинамики отмечено не было. Рассечение ущемляющего кольца потребовалось 10 пациентам (6,3%), для чего нами был использован инструмент LigaSure Atlas 5 мм. Применение малоинвазивных методов позволило значительно уменьшить, в сравнении с открытыми методами, а в ряде случаев, полностью исключить необходимость в применении наркотических анальгетиков за счет меньшей травмы тканей передней брюшной стенки до 1,3±0,2 дня. Была отмечена более ранняя активизация больных оперированных лапароскопическим методом до 7,5±3,7 часа против 32±9,9 часа у больных, оперированных открытым методом. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 4 пациентов (4,16%), выявлена серома между синтетическим имплантатом и брюшной стенкой, что потребовало пункции под УЗИ наведением.

30. Миниинвазивные методы в диагностике и лечении рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью.

Ермолов А.С., Цулеискири Б.Т., Ярцев П.А., Левитский В.Д., Кирсанов И.И.

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

За период с 2008 по 2014 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находилось 152 пациентов с раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Из них 44 больным выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство. Тяжесть состояния пациентов $32,1 \pm 3,4$ по SAPS II. Средний возраст составил $69 \pm 3,6$ лет. Мужчин – 70 (46%), женщин – 82 (54%). Всем больным, поступившим с клинической картиной толстокишечной непроходимости, в экстренном порядке выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию или ирригоскопию. Для декомпрессии ободочной кишки и временного разрешения кишечной непроходимости, выполнялось эндоскопическое заведение дренирующей рентгенконтрастной трубки проксимальнее стенозирующей опухоли. Результаты: 21 пациенту с кишечной непроходимостью на первом этапе перед операцией во время колоноскопии было заведено шинирующее устройство 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 и через 4-6 суток вторым этапом больным выполняли видеолапароскопическую резекцию ободочной кишки. Резекция сигмовидной кишки – 9 (42,8%), левосторонняя гемиколэктомия – 5 (23,8%), правосторонняя гемиколэктомия была выполнена – 4 (19%), резекция поперечно-ободочной кишки – 1 (4,8%), формирование первичного кишечного анастомоза выполняли с использованием интра – или экстракорпорального шва. У 2-х пациентов (9,6%) были выполнены паллиативные операции в связи с прорастанием опухоли в соседние органы. Во время эндоскопической реканализации опухолевой стриктуры было одно осложнение (4,8%) – супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения, что явилось поводом к экстренной операции. В послеоперационном периоде у одного пациента после лапароскопической операции отмечена несостоятельность межкишечных швов анастомоза. Среди больных, оперированных с применением малоинвазивных методик, летальных исходов не было. Использование миниинвазивных методов позволило уменьшить интраоперационную кровопотерю с $731,25 \pm 136,7$ мл при открытых операциях до $385,78 \pm 67,42$ мл при лапароскопических операциях. Снизило травматичность доступа, что позволило сократить сроки нахождения пациентов в отделении реанимации с $3,25 \pm 4,9$ суток до $1,2 \pm 0,61$ суток, общего койко-дней с $19,47 \pm 8,9$ суток до $13,5 \pm 6,18$ суток,

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

уменьшило количество послеоперационных осложнений и исключило послеоперационную летальность.

31.ОДНОМОМЕНТНАЯ ДВУХСТОРОННЯЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО.

Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А.

Ташкент

Центральный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Узбекистан.

Мы располагаем опытом 46 торакоскопических грудных симпатэктомий (ТГСЭ), выполненных у 31 больного в возрасте от 16 до 54 лет, в ЦВКГ МО РУз. Мужчин было 22 (70,9%) , женщин – 9 (29,1%). Ангиоспастическая стадия заболевания констатирована у 4 (12,9 %) , ангиопаралитическая - у 23 (74,2 %) и трофопаралитическая – у 4 (12,9 %) пациентов. 6 больным выполнена односторонняя грудная симпатэктомия, 4 – двухсторонняя поэтапная ТГСЭ, 21- одномоментная двухсторонняя грудная симпатэктомия. Операцию выполняли под наркозом с отдельной интубацией бронхов. Во время операций использовались 3 троакара. Один троакар (10 мм) для оптического телескопа вводили в шестом межреберье по средней подмышечной линии, два манипуляционных (6 мм) – в четвертом межреберье по передней и задней подмышечным линиям. После ревизии органов грудной полости обнаруживали симпатический нерв, идущий субплеврально вертикально над головками ребер. С помощью диатермокоагуляционного крючка рассекали париетальную плевру, внутригрудную фасцию и подплевральную клетчатку. Обнажали симпатический ствол и иссекали его на участке 2-3-4-5 симпатических ганглиев, с последующей гистоверификацией. Операцию завершали дренированием плевральной полости. Продолжительность оперативного пособия составила от 25 до 45 мин. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено ни у одного пациента. Переход на торакотомию пришлось выполнить в одном случае при выраженном спаечном процессе в плевральной полости после перенесенного ранее плеврита. Непосредственно после операции у больных наблюдалось повышение кожной температуры, уменьшение болевого синдрома, улучшалась трофика тканей. Двигательная активность восстанавливалась на следующий день после операции. Значительных нарушений функций внешнего дыхания не было. По результатам реовазографии отмечалось увеличение кровенаполнения тканей предплечья и кисти. У больных с односторонней

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

или поэтапной двухсторонней ТГСЭ реографический индекс вырос с 0,5 до 0,68, а у больных с одномоментной двухсторонней ТГСЭ - с 0,5 до 0,75, за счет снятия спазма артерий и улучшения эластичности их стенки. Исследование кровотока методом доплерографии показало дилатацию основных артерий предплечья и кисти, увеличение линейной скорости кровотока, снижение индекса периферического сопротивления. В послеоперационном периоде у больных, перенесших грудную симпатэктомию, в качестве дополнительной терапии использовали сосудорасширяющие и дезагрегантные препараты, комплекс витаминов А, В, С, сеансы гипербарооксигенации, физиотерапевтическое лечение. Клинический осмотр, реовазография и доплерография в сроки до 5 лет, подтвердили хороший результат симпатэктомии у 27 (87,1%) пациентов. Больные не принимали лекарственные препараты, пальцы верхних конечностей были горячими, трофические изменения прошли. У 4 (12,9%) пациентов, перенесших одностороннюю ТГСЭ, констатирован удовлетворительный результат. Больные периодически получали курсы лекарственной терапии. Таким образом полученные результаты свидетельствуют о том, что 1) эндоскопическая грудная симпатэктомия является безопасным, малотравматичным и эффективным вмешательством при лечении болезни Рейно 2) торакоскопическую грудную симпатэктомию желательно выполнить одномоментно с двух сторон, которая сразу же после первой операции дает лучший клинический эффект, с хорошим отдаленным результатом.

32.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ КРИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Юдин В.А., Осипов В.В., Бровкин О.А.

Рязань

ГБУ РО "Областная клиническая больница"

Выполнение криодеструкции цирротически измененной печени проведено у 7 больных. Операция направлена на стимуляцию регенераторных процессов гепатоцитов. Все больные были прооперированы – в период с 2013 по 2014 гг. Оперативное вмешательство производилось на базе 2 хирургического отделения ГБУ РО «Областная клиническая больница» (клиника кафедры хирургии и ОВП с курсом эндохирургии ФПДО). Все больные были госпитализированы в плановом порядке. Стоит отметить, что до этого они проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении ГБУ РО «Областная клиническая больница». Во всех случаях был обнаружен

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

цирроз печени. У трех больных цирроз печени явился сопутствующим заболеванием (основное – желчнокаменная болезнь). После поступления все больные подвергались стандартным методам обследования, включающим в себя: сбор жалоб, анамнеза, объективного осмотра и параклинических методов обследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ультразвуковое исследование печени и ее сосудистой системы с применением доплерографии, исследование, ЭГДС). Иммунологические методы исследования позволили определить этиологию цирроза у трех больных (вирусный гепатит С). Стадия процесса устанавливалась на основании международной классификации циррозов печени в зависимости от выраженности печеночно – клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Печеночно – клеточная недостаточность оценивалась по Чайлд – Пью. Принадлежность к классу А, В или С устанавливалась после подсчета баллов по следующим критериям: уровень билирубина, альбумина, ПТИ, наличие или отсутствие энцефалопатии, асцита. Четверо больных отнесены к классу А– 5 – 6 баллов, соответственно, и трое больных - к классу В – 7 – 9 баллов. Предоперационная подготовка в условиях отделения гастроэнтерологии заключалась в снижении активности процесса, ликвидация или, по крайней мере, уменьшении проявлений внутрипортальной гипертензии, проведении заместительной терапии (ликвидация анемии, диспротеинемии). Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях нами использовался лапароскопический доступ: через умбиликальную точку вводился троакар, оптика, дополнительные троакары в стандартных точках. При обзорной лапароскопии проводилась визуальная оценка состояния печени (размер, цвет, форма). После этого выполнялась биопсия. Учитывая то, что цирроз печени оказался сопутствующим заболеванием для желчнокаменной болезни (у 3 – х больных), то в этих трех случаях операция носила симультанный характер: лапароскопическая холецистэктомия + криодеструкция печени. Криодеструкция выполнялась с помощью криоустановки, разработанной «ЕЛАМЕД». Криодеструкция печени выполнялась посегментарно из 12 – 15 точек. Экспозиция криодеструктора на печени составляла 30 секунд на каждой точке. Результаты. Выявлено, что между циррозом печени и желчнокаменной болезнью имеется взаимосвязь, вследствие опосредованного нарушения желчеотведения и литогенности. Макроскопически, в ходе лапароскопии, было отмечено, что поверхность печени у всех пациентов представляла собой бугристое крупнонодулярное строение с очагами фиброза. При этом отмечалось наличие разной степени выраженности портальной гипертензии, определяемая по интенсивности расширения диаметра вен желудка. Отдаленные результаты прослежены нами у трех больных (1 год после перенесенной операции криодеструкции печени). Больные были отнесены нами к классу А по Child – Pugh (компенсация). Субъективно больные чувствуют себя удовлетворительно. Периодически беспокоит тяжесть в правом подреберье. При объективном осмотре – кожные покровы обычной окраски. Асцита нет. При ультразвуковом исследовании: печень не увеличена, правильной формы, контуры ровные, структура однородная. При доплерографии сосудов печени – гемодинамические показатели в пределах нормы. По результатам обследования выявлено, что снижения уровня альбумина у больных не отмечено, а в некоторых случаях отмечен прирост. Уменьшилась

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

активность трансаминазы на 83%. Вывод: применение избирательной криодеструкции печени не приводит к усилению печеночной недостаточности. В отдаленном периоде криовоздействие на паренхиму печени способствует более благоприятному течению заболевания.

33. Совершенствование методов видеолaparоскопического ушивания перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки.

Ермолов А.С., Кирсанов И.И., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Радыгина М.В., Тарасов С.А., Левитский В.Д.

Москва

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского

Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослого населения составляет 2-25%. У 4,5-17% пациентов течение болезни осложняется перфорацией. Цель. Усовершенствовать и стандартизировать хирургическое вмешательство при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки. Проанализированы результаты эндохирургического лечения 390 больных с перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки за период с 2004г по 2013 годы. Средний возраст пациентов 46,9±3,5 года (17 – 93 лет), мужчин – 339 (%), женщин – 51 (%). 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. Противопоказанием считали распространенный разлитой перитонит и перфорацию 12-перстной кишки диаметром более 10мм. Методика ушивания определялась 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 перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки класса IA, IB или IIA ушивание выполняли одним «Z»-образным швом; при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки класса IC или IIB ушивание выполняли отдельными однорядными швами, IIIA или IIIB ушивание выполняли отдельными двухрядными швами; при перфоративной язве желудка класса IIIC, IVA, IVB или IVС ушивание выполняли отдельными двухрядными швами; при перфоративной язве 12-перстной кишки класса IIC, IIIC, IVA, IVС выполняли конверсию. Операция

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 2004 по 2013 года выполнено 390 эндохирургических вмешательств, из них 61 (15,6%) больным установлены показания к конверсии, а в 329 (84,4%) наблюдениях выполнено видеолaparоскопическое ушивание. Для оценки качества оказания хирургической помощи этим больным, нами проанализированы послеоперационные осложнения в 2-х группах. Первая – с 2005 по 2009 года, Вторая – с 2010 по 2013 года. В Первой группе ушивание перфорации выполняли произвольно, без строго учета диаметра перфорации и инфильтрата. В большинстве случаев использовали однорядный «Z»-образный шов. Во Второй группе учитывали классификацию, приведенную выше. В Первой группе отмечены следующие осложнения – внутрибрюшное кровотечение – 2 случая, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 1, несостоятельность ушитой перфоративной язвы – 2, интраоперационное прорезывание швов – 2. Все больные выздоровели, летальных исходов не было. Во второй группе отмечен один случай несостоятельности швов ушитой перфорации, не потребовавший повторного оперативного вмешательства. Таким образом, во второй группе больных, после стандартизации методики ушивания прободных язв, по предложенной классификации, количество послеоперационных осложнений уменьшилось, все больные выздоровели.

34. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Понамарев Н.И. (1), Поборский А.Н. (2), Асутаев Ш.Д. (2), Костанян К.К. (1), Майстренко Д.Н. (1), Сафин С.Ф. (1), Ахмедов А.А. (1), Тутомин Д.Б. (1)

Сургут

1) Клиническая городская больница № 1, 2) Медицинский институт СурГУ

В работе изучены и проанализированы клиничко-экономические показатели 185 больных с подтвержденным диагнозом «острый флегмонозный аппендицит». 9% пациентам была выполнена традиционная аппендэктомия по McBurney-Волковичу-Дьяконову, 91% пациентов проведена лапароскопическая аппендэктомия. Оценка экономической эффективности эндоскопического и традиционного методов выполнения аппендэктомии проводилась с использованием анализа «затраты-эффективность». Показано преимущество лапароскопической

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

аппендэктомии перед традиционной, как с клинической (укорочение периода госпитализации пациентов в стационаре в среднем на три дня, снижение числа послеоперационных осложнений (осложнения наблюдались в 5% случаев после проведения лапароскопической аппендэктомии и у 50% пациентов - после традиционной) и потребности в обезболивающих препаратах), так и с экономической (суммарные затраты при лапароскопической аппендэктомии на 38% были ниже, чем при традиционной аппендэктомии и составили при лапароскопической 231,5 рублей на 1 единицу эффективности, а при традиционной - 608,2 рублей на 1 единицу эффективности). Расчет приращения эффективности затрат показал, что при достижении еще одной дополнительной единицы эффективности потребуются дополнительно затратить всего 186,9 рублей. Таким образом, проведенный нами анализ и полученные результаты говорят о клинической и экономической целесообразности более широкого внедрения лапароскопической аппендэктомии в практику.

35. Анализ лечения больных с острым аппендицитом в хирургическом отделении клинической городской больницы г. Сургута

Понамарев Н.И., Асутаев Ш.Д., Костанян К.К., Ахмедов А.А., Сафин С.Ф., Майстренко Д.Н., Тутомин Д.Б.

Сургут

1) Клиническая городская больница № 1, 2) Медицинский институт СурГУ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 400 пациентов пролеченных в хирургическом отделении КГБ № 1 в 2012-2013 гг., из них 393 больных с подтвержденным диагнозом «острый аппендицит». Пациентам была выполнена аппендэктомия в различных вариантах. В 2012 году из 178 операций в 97% случаев была проведена - лапароскопическая аппендэктомия и в 3% - традиционная аппендэктомия. В 2013 году число прооперированных пациентов было большим - 215 человек и из них также в 97% случаев была проведена - лапароскопическая аппендэктомия и в 3% - традиционная аппендэктомия. Проведенное вмешательство позволило установить, что среди 393 оперированных в период 2012-2013 гг. больных большая часть - 316 пациентов была с острым флегмонозным аппендицитом, у 71 больного был выявлен острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Пациентов с острым катаральным аппендицитом было 6. Период с момента поступления и до начала проведения операции был при всех формах аппендицита примерно одинаков ($3,1 \pm 0,8$ час). При анализе данных получено, что из 6 пациентов с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

острым катаральным аппендицитом 2 (33%) поступили в стационар до 7 часов с момента начала заболевания и 4 (67%) – через 7-24 часа после начала заболевания. Среди 316 пациентов с заключительным диагнозом острый флегмонозный аппендицит, лишь 95 (30%) поступили до 7 часов. Большая часть – 164 человека (52%), через 7-24 часа после начала заболевания и 56 человек (18%) – более чем через 24 часа с момента заболевания. Из 71 пациента с острым гангренозным аппендицитом 14 (20%) поступили в стационар до 7 часов, 39 (55%) в период 7-24 часа после начала заболевания и позже 24 часов с момента начала болезни поступило 18 пациентов (25%). Таким образом, при всех формах аппендицита, большая часть пациентов поступала в стационар в период 7-24 часа. Среди прооперированных больных преобладали мужчины, которых было на 67% больше, чем женщин. Большинство (73%) пациентов с острым аппендицитом находились в наиболее работоспособном возрасте до 35 лет. Во всех возрастных группах среди поступивших пациентов, преобладали деструктивные формы острого аппендицита и, прежде всего, острый флегмонозный аппендицит. Полученные данные показали, что время пребывания в стационаре зависело от типа хирургического воздействия и не зависело от времени поступления, возраста, пола пациентов. Наименьшим оно было при остром катаральном аппендиците и наиболее длительным – при деструктивных формах аппендицита. Обращало на себя внимание, что сроки пребывания в стационаре пациентов после лапароскопической аппендэктомии были на 3 дня меньше, чем у больных после традиционной аппендэктомии. Одним из важных критериев эффективности используемых методов хирургического лечения является частота развития послеоперационных осложнений. Послеоперационные осложнения (абсцесс брюшной полости, серома, нагноения операционных ран) выявлялись у больных с деструктивными формами аппендицита и встречались, у 50% пациентов которым была проведена традиционная аппендэктомия и лишь у 5% больных после проведения лапароскопической аппендэктомии. В препаратах, устраняющих послеоперационный болевой синдром нуждались все пациенты после традиционной аппендэктомии и 21% больных перенесших лапароскопическую аппендэктомию.

36. Результаты выполнения лапароскопических паховых герниопластик

Протасов А.В.(1), Богданов Д.Ю. (2), Курганов И.А. (2), Мешков М.В. (2), Кумуков М.Б. (2)

Москва

1) РУДН, 2) МГМСУ

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Применение в хирургии паховых грыж заместительных материалов при выполнении герниопластик выявило две основные проблемы. Во-первых, рецидив грыжи (частота регистрации до 4%-6%) чаще всего связан с недостаточно надежной фиксацией, которая является точечной при применении дополнительных материалов. Во-вторых, с частотой до 20% у пациентов регистрируется развитие хронического болевого синдрома, чаще всего связанного с интраоперационной травмой при фиксации имплантата швами или фиксаторами. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами путем применения не требующего фиксации дополнительными материалами имплантата ProGrip. Проанализированы результаты 417 (100%) паховых герниопластик. Во всех случаях применялся полипропиленовый имплантат. 218 герниопластик (52,28%) были выполнены посредством открытого доступа (группа I). В 113 случаях (51,83%) операция была выполнена по методике Лихтенштейна с фиксацией имплантата швами (группа IA). 105 герниопластик (48,15%) выполнены с имплантатом ProGrip (группа IB). 199 операций (47,72%) были выполнены лапароскопически (группа II). 102 операции (51,26%) выполнены с фиксацией имплантата винтообразными фиксаторами (группа IIA). 97 лапароскопических герниопластик (48,74%) выполнены с имплантатом ProGrip (группа IIB). Лапароскопические герниопластики выполнялись по методике TAPP. Результаты. Частота рецидивов составила: в группе IA - 4,42% - 5 случая; в группе IIA - 1,96% - 2 случая; в группе IB - 0%, в группе IIB - 1,03% - 1 случай. При попарном сравнении частот рецидивов грыж в изучаемых группах была отмечена статистически значимая разница ($p < 0,05$) в паре группа IA - IB. Повторные операции выявили, что: в группе IA причиной рецидива грыжи во всех случаях был дефект фиксации имплантата; в группе IIA в одном случае причиной рецидива грыжи был дефект фиксации имплантата, во втором случае - недостаточный размер самого имплантата; в группе IIB причиной рецидива был недостаточный размер имплантата. При наблюдении за пациентами в течении 3-х лет было выявлено развитие хронического болевого синдрома: в группе IA - 15,04% - 17 случаев; в группе IIA - 2,94% - 3 случая; в группе IB - 0%, в группе IIB - 0%. При попарном сравнении частот формирования хронического болевого синдрома в изучаемых группах была отмечена статистически значимая разница в парах групп IA - IB, IA - IIA и IA - IIB. Причем различия оказались высоко статистически значимыми ($p > < 0,01$). Основой причиной развития хронического болевого синдрома в группе IA мы считаем травму нервных волокон и их попадание в швы при фиксации имплантата. Все случаи развития хронического болевого синдрома при выполнении лапароскопических паховых герниопластик с фиксацией имплантата винтообразными фиксаторами (группа IIA) были связаны с технической ошибкой в ходе операции - введение фиксатора в области «треугольника боли». Во всех 3-х случаях потребовалась повторная операция для извлечения данных фиксаторов. Применение для паховой герниопластики имплантата ProGrip позволяет обеспечить снижение частоты рецидивов и значимое уменьшение частоты формирования хронического болевого синдрома. >

37. Малоинвазивные инъекционные технологии в лечении хронической анальной трещины

Грибанов И.И.(1), Глухов А.А.(2), Редькин А.Н.(2)

1) Москва 2) Воронеж

1) Городская поликлиника № 150 Департамента здравоохранения города Москвы, Российская Федерация 2) Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Российская Федерация

Анальная трещина является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний аноректальной зоны. Удельный вес трещины заднего прохода среди болезней толстой кишки составляет 11—15%, а заболеваемость колеблется от 20 до 23 на 1000 человек взрослого населения. Данная проблема имеет медико-социальной характер, так как трещиной заднего прохода страдают в основном лица молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособная часть населения. Оценка эффективности интрасфинктерного введения ботулинического токсина типа А (препарат «Лантокс») в лечении пациентов с хронической анальной трещиной. Анализированы результатов лечения 138 больных (77 женщин и 61 мужчина) хронической анальной трещиной. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы. Для функционального исследования запирающего аппарата прямой кишки до лечения и на 21-е сутки после введения препарата в область внутреннего анального сфинктера использовали метод перфузионной манометрии (система «Полиграмм»). По данным аноректальной профилометрии средние значения максимального и среднего давления в анальном канале на уровне внутреннего сфинктера в покое у больных снизились до нормальных величин. Ни в одном случае введение препарата не привело к возникновению анальной недостаточности. Рецидивов хронической анальной трещины у пациентов, получавших препарат, за год наблюдения не было отмечено ни в одном случае. Побочных реакций и осложнений, связанных с применением препарата, также не было. Метод интрасфинктерного введения ботулинического токсина типа А является эффективным и безопасным средством малоинвазивного амбулаторного лечения больных хронической анальной трещиной, что позволяет минимизировать показания к открытым хирургическим вмешательствам.

38. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРАВСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА С ПОМОЩЬЮ ОДНО- И МУЛЬТИПОРТОВЫХ ТЕХНИК (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, О.И. Сушков, А.Г. Запольский

Москва

ФГБУ ГНЦ Колопроктологии

Актуальность Лапароскопические вмешательства по поводу неосложненного рака ободочной кишки сегодня являются стандартом хирургического лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в России. В основном, применяются три метода лапароскопических вмешательств: лапароскопически-ассистированные (ЛА), операции с ручной ассистенцией (РА), а также операции из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). В исследование вошли пациенты, оперированные ЛА способом и из ЕЛД, поскольку операции с РА принципиально отличаются от вышеуказанных техник, учитывая наличие тактильной чувствительности. Целью исследования стала оценка непосредственных результатов правосторонних гемиколэктомий (ПГКЭ) у пациентов, оперированных по поводу рака правой половины ободочной кишки из ЕЛД и ЛА способом. Материалы и методы С октября 2012 по ноябрь 2014 гг. в исследование включено 88 пациентов. Больные первой группы оперированы ЛА способом (n=45), второй - из ЕЛД (n=43). Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ между группами не было. Все операции выполнены хирургами, владеющими лапароскопическими технологиями. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$, характер распределений показателей позволяет корректно использовать методы параметрической статистики. Результаты Длительность операции составила $178,2 \pm 36,9$ мин в группе ЛА и $191,0 \pm 45,9$ мин в группе ЕЛД ($p=0,15$). Длительность лапароскопического этапа составила $98,1 \pm 31,3$ мин и $100,8 \pm 31,4$ мин в 1-й и 2-й группах, соответственно ($p=0,69$). Длина разреза была меньше в группе ЕЛД и составила $4,7 \pm 1,1$ см по сравнению с $7,2 \pm 1,9$ см в группе ЛА ($p < 0,0001$). Интраоперационных осложнений не было. У одной (2%) пациентки из 1-й группы была задержка мочеиспускания, потребовавшая консервативных мероприятий. У одной (3%) пациентки из группы ЕЛД возник длительный парез ЖКТ, потребовавший проведения консервативных мероприятий и увеличения сроков госпитализации. Еще у одной (3%) пациентки 2-й группы скопление жидкости в животе, вызвавшее фебрильную гипертермию в течение 5 суток также потребовало проведения консервативных мероприятий и привело к увеличению длительности госпитализации. Несостоятельности межкишечных анастомозов, а также летальности в анализируемых группах

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

не отмечено. Интенсивность послеоперационных болей в области раны, сроки восстановления перистальтики и восстановления способности к самообслуживанию в группах достоверно не отличались ($p > 0,05$). Кровопотеря оказалась клинически незначимой во всех группах. Средний балл удобства выполнения хирургом операции по пятибалльной шкале был выше в 1-й группе и составил $4,6 \pm 0,4$ балла по сравнению с $4,2 \pm 0,5$ балла во 2-ой группе ($p = 0,0002$). Послеоперационный койко-день между группами не отличался и составил $6,3 \pm 2,1$ дней в группе ЕЛД по сравнению с $7,1 \pm 2,1$ дней в группе МЛА ($p = 0,06$). Количество назначенных опиоидных ненаркотических анальгетиков между группами не отличалось: медиана составила 0 доз в каждой из групп: 0-2 дозы в 1-й группе и 0-12 доз во 2-й группе ($p > 0,05$). Заключение: Проведенный анализ результатов исследования показывает преимущества операций из ЕЛД только по длине разреза при прочих равных. Таким образом, операции из ЕЛД обеспечивают косметический эффект, но являются менее удобными с точки зрения субъективной оценки хирургом по сравнению с традиционными мультипортовыми операциями. Однако, для получения более объективных данных, а также для оценки отдаленных результатов лечения пациентов со злокачественными опухолями, необходимо дальнейшее накопление материала.

39.ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРАВСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, О.А. Майновская, О.И. Сушков, А.Г. Запольский

Москва

ФГБУ ГНЦ Колопроктологии

Актуальность Лапароскопические вмешательства по поводу рака ободочной кишки широко распространены. Для объективной оценки соблюдения онкологической безопасности при операциях, выполняемых по поводу рака, необходим тщательный анализ качества удаленного препарата. Онкологическая эффективность мультипортовых лапароскопически-ассистированных (ЛА) вмешательств уже была доказана многими мультицентровыми рандомизированными исследованиями. А онкологическая безопасность операций из единого лапароскопического доступа (ЕЛД) на настоящий момент не очевидна. Целью исследования стала сравнительная оценка морфометрических критериев удаленных

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

препаратов у пациентов, перенесших операции по поводу рака правой половины ободочной кишки из ЕЛД и ЛА способом. Материалы и методы В проспективное рандомизированное исследование включено 88 пациентов. Пациенты первой группы оперированы ЛА способом (n=45), второй - из ЕЛД (n=43). Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ между группами не было. Все операции выполнены хирургами, владеющими лапароскопическими технологиями. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$, характер распределений показателей позволяет корректно использовать методы параметрической статистики. Результаты Длина препарата составила $35,5 \pm 11,1$ см в 1-й группе по сравнению с $33,8 \pm 6,8$ см во 2-й группе, соответственно ($p=0,38$). Дистальная граница резекции была $12,6 \pm 5,4$ см в 1-й и $13,7 \pm 5,98$ см во 2-ой группе, соответственно ($p=0,35$). Проксимальная граница резекции составила $16,7 \pm 7,7$ см в 1-й и $15,2 \pm 7,0$ см во 2-ой группе ($p=0,36$). Длина подвздошно-ободочного сосудистого пучка также не отличалась между группами и составила $11,2 \pm 1,7$ см в 1-й и $11,0 \pm 2,0$ см во 2-ой группе ($p=0,74$). Также не выявлено различий между группами по количеству удаленных лимфатических узлов. Медиана в группе ЛА составила 14 лимфатических узлов, и 16 - в группе ЕЛД ($p=0,44$). Заключение: Проведенный анализ оценки патоморфологических критериев удаленных препаратов позволяет говорить о соблюдении онкологических принципов при выполнении лапароскопических операций по поводу рака правой половины толстой кишки, как ЛА, так и из ЕЛД, а соответственно об их онкологической безопасности. Однако, для получения более объективных данных, а также для оценки отдаленных результатов лечения пациентов со злокачественными опухолями, необходимо проведение дальнейшего исследования.

40. АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Колесников М.В., Мамиствалов М.Ш.

Москва

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

В настоящее время очевидным является тот факт, что эндовидеохирургическая адреналэктомия стала операцией выбора у пациентов с доброкачественными новообразованиями надпочечников малых и средних размеров вне зависимости от их гормональной

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

активности. Проведенные исследования четко продемонстрировали преимущества эндохирургического доступа над традиционным при выполнении адреналэктомии. Они, в первую очередь, заключаются в снижении частоты возникновения осложнений, уменьшении травматичности вмешательства и уровня послеоперационного болевого синдрома, сокращении длительности пребывания пациентов в стационаре. С другой стороны, частота осложнений лапароскопических операций в хирургии надпочечников по усредненным данным все еще доходит до 5-15%, что диктует необходимость в проведении тщательного анализа причин возникновения осложнений, а также в разработке мер их предотвращения. Цели исследования: Проанализировать собственный опыт выполнения лапароскопических вмешательств при патологии надпочечников; изучить частоту возникновения и причины развития интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в зависимости от клинической ситуации и примененного хирургического подхода. Определить меры, которые в дальнейшем смогут позволить снизить частоту осложнений. Анализу подверглись результаты 155 лапароскопических операций, проведенных в нашей клинике по поводу новообразований надпочечников у 151 пациента (у 4 больных имели место двусторонние опухоли). В 67 случаях (43,2%) была выполнена лапароскопическая адреналэктомия посредством бокового трансабдоминального доступа при доброкачественных новообразованиях не более 5,0 см в наибольшем измерении (ГРУППА 1). В 32 случаях (20,6%) проводилась лапароскопическая адреналэктомия из бокового трансабдоминального доступа при доброкачественных новообразованиях, превышающих 5,0 см в диаметре (максимум – 8,7 см; ГРУППА 2). 28 (18,1%) лапароскопических адреналэктомий были выполнены с помощью прямого лапароскопического доступа при доброкачественных неоплазиях до 5,0 в диаметре (ГРУППА 3). В 19 случаях (12,3%) при доброкачественных новообразованиях (максимальный диаметр – 5,4 см) была осуществлена лапароскопическая резекция надпочечника (в т.ч. 4 двусторонние резекции; ГРУППА 4). 9 (5,8%) лапароскопических адреналэктомий из бокового доступа были выполнены по поводу аденокортикального рака стадии T1N0M0 (в 3 случаях диагноз стал находкой во время послеоперационного морфологического исследования; ГРУППА 5). Правосторонние новообразования были причиной операции в 99 случаях (63,9%), а левосторонние – в 56 (36,1%). Результаты: Общая частота интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в проанализированном материале составила 9,0% (14 случаев). Доля осложнений в ГРУППАХ 1, 2, 3, 4 и 5 составила, соответственно, 7,5%, 9,4%, 14,3%, 5,3% и 11,1%. Причем при сравнении групп попарно, разница в частоте осложнений оказалась статистически не значимой во всех возможных парах ($p > 0,05$). Следует отметить, что в целом были зафиксированы следующие формы и частота осложнений: клинически-значимое кровотечение из печени – 2 случая (1,3%), кровотечение из селезенки – 4 случая (2,6%), гематома селезенки с последующей спленэктомией – 1 случай (0,65%), послеоперационные гематомы передней брюшной стенки и забрюшинного пространства – 2 случая (1,3%), реактивный панкреатит – 5 случаев (3,25%). При правосторонних вмешательствах осложнения были зафиксированы в 4 случаях (4,0%), а при левосторонних – в 10 случаях (17,9%). Данные различия в зависимости от

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

стороны выполнения операции оказались статистически высоко значимыми ($p < 0,01$). Выводы: Таким образом, в нашем опыте основным фактором риска развития интраоперационного или раннего послеоперационного осложнения оказалась сторона выполнения лапароскопического оперативного вмешательства при патологии надпочечника. В основе данного факта лежат особенности анатомического строения области выполнения левосторонней операции, закономерно сказывающиеся на риске возникновения осложнений. Для уменьшения данного риска следует прибегать к максимальной осторожности во время диссекции в области селезенки и хвоста поджелудочной железы, а также использовать все возможные данные современных методов дооперационной топической диагностики. Размер новообразования, его природа, объем операции и способ лапароскопического доступа в нашем исследовании не продемонстрировали статистически значимого влияния на частоту осложнений лапароскопической операции. Однако наибольшая доля осложнений была получена при применении прямого доступа, поэтому в настоящее время мы не рекомендуем его использование, ожидая, что на большем числе наблюдений различия примут статистически значимый характер.>

41.ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Агафонов О.А., Мамиствалов М.Ш.

Москва

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Нельзя не заметить, что в последние годы наметился бурный рост интереса к малоинвазивным эндоскопическим операциям в хирургии эндокринных органов шеи. В том числе и для проведения оперативных вмешательств при патологии околощитовидных желез на сегодняшний день предложен ряд эндохирургических подходов. Наиболее часто применяются минимально-инвазивные доступы с видео-ассистенцией, а также внепроекционные полностью эндоскопические доступы. Однако в первом случае данные о частоте развития специфических осложнений остаются неоднозначными. С точки зрения косметического эффекта результаты также являются противоречивыми, так как рубец все равно остается на передней поверхности шеи. С другой стороны, внепроекционные методики

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

за счет того, что доступ к органу осуществляется из отдаленной анатомической области (например, подмышечной) характеризуются несоответствием уровня травматичности этапа создания оперативного доступа и этапа оперативного приема, что является одним из важных факторов, ограничивающих их клиническое применение. Цели исследования: Разработать и изучить способ эндохирургического доступа для проведения паратиреоидэктомии при первичном гиперпаратиреозе, обеспечивающий снижение степени операционной травмы при сохранении полноценной триангуляции эндоскопических инструментов. Нами был предложен способ полностью эндоскопического пекторально-ретроарикулярного доступа (заявка на выдачу патента РФ на изобретение №2014111102/14(017521) «Способ эндовидеохирургического доступа для паратиреоидэктомии»). Данный доступ был опробован в экспериментальном исследовании на 5 трупах. Было выполнено 3 правосторонних и 2 левосторонних вмешательства. Давление инсуффлируемого газа во время проведения операции поддерживалось на уровне 6-8 мм рт. ст. для предотвращения его распространения по клетчаточным пространствам и в средостение. Операцию начинали путем выполнения двух кожных разрезов в точках на пересечении окологрудной и передней подмышечной топографических линий грудной стенки на стороне расположения удаляемой околощитовидной железы с линией второго межреберного промежутка. В полученные разрезы устанавливали два 5 мм троакара. Тупым путем производили создание тоннелей в клетчатке, идущих вглубь и в цефалическом направлении под поверхностный листок грудной фасции, которые под фасцией объединяли в единую полость. Проводили диссекцию в слое между поверхностным листком грудной фасции и большой грудной мышцей, с визуализацией медиальной части ключицы и ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Диссекцию продолжали медиальнее грудино-ключично-сосцевидной мышцы в цефалическом направлении до достижения белой линии шеи и освобождения передней поверхности претиреоидных мышц. В кожный разрез по нижнему краю сосцевидного отростка височной кости, в сформированную полость вводили 5 мм троакар. При выполнении тракции вверх за медиальную ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы с одновременной диссекцией клетчатки и созданием пространства между ножками мышцы, медиальную ножку полностью обходили сзади, визуализировали латеральные края претиреоидных мышц, которые пересекали и разводили, выделяя переднюю и латеральную поверхность доли щитовидной железы на стороне операции. Выполняли ревизию типичных зон расположения околощитовидных желез, визуализировали, идентифицировали и удаляли околощитовидную железу. Результаты: Средняя продолжительность этапа создания оперативного доступа составила 51 минуту, а общая длительность оперативного вмешательства в среднем была равна 79 (от 65 до 97) минут. Во всех случаях была достигнута уверенная визуализация и идентификация обеих околощитовидных желез на стороне выполнения вмешательства. Также были получены хорошие условия визуализации анатомических структур во всех областях операционного поля. Ни в одном из наблюдений мы не отметили ранений возвратного гортанного нерва, а также возникновения такого явления, как «конфликт инструментов». По нашему мнению, предложенный пекторально-ретроарикулярный доступ для

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

паратиреоидэктомии методологически и технически обоснован. Представленный доступ дает возможность сократить площадь разделяемых тканей во время формирования субфасциального тоннеля, что снижает уровень травматичности операции и уменьшает вероятность развития послеоперационных осложнений. Применение данного доступа также позволяет сохранить полноценную триангуляцию инструментов во время операции и обеспечить высокий уровень косметичности оперативного вмешательства.

42. МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Буцык И.В., Прохоренко Т.И., Игнатъев С.П., Жвйтиашвили И.Д., Мелконян С.С.

Смоленск

СГМА, ОГБУЗ "Клиническая больница №1"

Главная задача программы модернизации – поднять медицину на новый уровень, сделать ее доступной и качественной и не только в столичных городах, но и в глубинке РФ. Первая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была выполнена в Смоленске 1994 г. в городской клинической больнице №1. В последующем до 2012 г. ЛХЭ и аппендэктомия оставались единственными лапароскопическими операциями, выполняемыми в отделении. В 2012 году по программе модернизации приобретено современное лапароскопическое оборудование с высокой разрешаемой способностью, что позволило освоить и внедрить в хирургический арсенал ряд сложных хирургических вмешательств. Цель исследования: показать эффективность модернизации здравоохранения в развитии лапароскопической хирургии. Материал и методы. За период 2012-2014 гг. в клинике выполнено 428 лапароскопических операций при различных заболеваниях органов брюшной полости. Спектр вмешательств при онкологической патологии включал в себя: резекция прямой и ободочной кишки – 32, субтотальная резекция желудка – 9, резекция поджелудочной железы – 2, резекция печени – 2, резекция тонкого кишечника – 3, реконструктивные операции на толстом кишечнике после операции Гартмана – 2. При доброкачественной патологии наиболее часто выполняли холецистэктомию из стандартного доступа - 268 и из единого доступа - 26. У 9 больных с холедохолитиазом произведена холангиоскопия, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха. Билиодигестивные

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

анастомозы (холецистоэнтеро-, и холедоходуодено-анастомозы) сформированы в 8 случаях, причем в 3-х - сочетание с гастроэнтероанастомозом. Пластика паховых грыж трансабдоминальным методом сделана у 27 больных, послеоперационных вентральных грыж – у 24. Симультанные операции (холецистэктомия и пластика грыж) осуществлены у 16 пациентов. Результаты. Средняя длительность операции составила: при резекции прямой и ободочной кишки - 192 (120-330) мин; при резекции желудка - 140 (110-250) мин. В группе пациентов с онкопатологией осложнения после операций наблюдали у 3 (6%) больных, при этом жизнеугрожающее осложнение (перфорация тонкой кишки) потребовало повторной операции у одного больного. В группе больных с доброкачественной патологией осложнения развились у 5 (1,3%) больных, жизнеугрожающее осложнение (повреждение холедоха) - у одной больной. Конверсия выполнена у 8 (1,9%) больных. Летальных исходов после операций не было. Лапароскопическая технология в абдоминальной хирургии позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома после операции, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня, добиться максимального косметического эффекта. Несомненным преимуществом лапароскопической операции является хорошая визуализация и возможность выполнения симультанных операций в различных отделах брюшной полости.

43. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТ-ЭРХПГ ПАНКРЕАТИТА: ИНДОМЕТАЦИН (PER RESTUM) И ГРУДНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Туровец М.И., Мандриков В.В.

Волгоград

Клиника факультетской хирургии ВолгГМУ

Цель исследования. Оптимизация применения методов профилактики острого послеоперационного панкреатита (пост-ЭРХПГ) при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах (ЭТПВ). Материал и методы. Проведено параллельное неослепленное рандомизированное исследование ближайших результатов эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 195 больных с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Все пациенты проходили стационарное лечение на двух базах (БСМП №7 г. Волгограда и Клиника №1 ВолгГМУ) Клиники факультетской хирургии ВолгГМУ с мая 2013 по сентябрь 2014 гг. Все исследуемые

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

разделены на две группы. В первую (ГЭА) группу включили больных (n=98), у которых во время выполнения ЭТПВ применялась грудная эпидуральная анальгезия (ГЭА), во вторую (НАИ) группу включили пациентов (n=97), у которых применяли наркотический анальгетик (внутримышечно) и индометацин (per rectum). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с определением отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ). Результаты. Исследование показало, что у больных ГЭА-группы пост-ЭРХПГ панкреатит был диагностирован достоверно реже, чем у пациентов НАИ-группы (ОШ 0.22 [95% ДИ, 0.06-0.83]). Если в ГЭА-группе острый панкреатит верифицирован у 3.1% (3/98) пациентов, то в НАИ-группе – у 12.4% (12/97) больных. Статистически достоверное снижение частоты развития ОПП при применении ГЭА выявлено у больных до 60 лет (ОШ 0.18 [95% ДИ, 0.04-0.93]) и при применении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ОШ 0.17 [95% ДИ, 0.04-0.85]). Значительное снижение частоты развития ОПП при применении ГЭА выявлено у больных всех подгрупп исследования: у женщин (ОШ 0.31 [95% ДИ, 0.08-1.24]), у пациентов с желтухой (ОШ 0.22 [95% ДИ, 0.02-2.20]) и без нее (ОШ 0.22 [95% ДИ, 0.04-1.14]), у больных с холедохолитиазом и дисфункцией сфинктера Одди (ДСО) (ОШ 0.21 [95% ДИ, 0.02-2.29]) и у пациентов с изолированным холедохолитиазом (ОШ 0.24 [95% ДИ, 0.02-2.32]), после баллонной дилатации (ОШ 0.18 [95% ДИ, 0.02-1.77]), литоэкстракции (ОШ 0.23 [95% ДИ, 0.04-1.18]) и назобилиарного дренирования (ОШ 0.36 [95% ДИ, 0.02-5.40]) и т.д. Чаше ранний постоперационный период сопровождался развитием острого панкреатита у женщин (в 10.0% [12/120] наблюдений), у молодых (до 60 лет) пациентов (в 10.5% [10/95] случаев), и у пациентов с холедохолитиазом и ДСО (в 17.2% [5/29] наблюдений). По полученным нами данным, эти факторы повышали риск развития пост-ЭРХПГ панкреатита, а исследуемые, у которых сочетались два и более факторов риска, были отнесены к пациентам с высоким риском его развития. В ГЭА-группе выявлено 46.9% (46/98), а в НАИ-группе – 44.3% (43/97) больных данной категории. При применении ГЭА у больных с высоким риском развития пост-ЭРХПГ панкреатита, его инцидентность снизилась с 23.3% (10/43) до 4.3% (2/46) наблюдений (ОШ 0.15 [95% ДИ, 0.03-0.75]). Эффективность применения грудной эпидуральной анальгезии достоверно выше, чем использование индометацина, как методов профилактики острого панкреатита при ЭТПВ. Применение ГЭА является эффективным и обоснованным методом профилактики у пациентов с высоким риском развития пост-ЭРХПГ панкреатита. У пациентов с невысоким риском развития этого осложнения возможно применение индометацина (per rectum): применять ГЭА нецелесообразно из-за инвазивности метода.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

44. Дренирование панкреатических псевдокист под эндосонографическим контролем: два клинических наблюдения

Годжелло Э.А., Хрусталева М.В., Булганина Н.А.

г. Москва

ФГБНУ «РНЦХ им. академика Б.В. Петровского»

В ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» с ноября 2005 г. и по настоящее время эндоскопические ультразвуковые исследования выполнены у 438 пациентов по поводу различных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и панкреатобилиарной зоны. Цель: проанализировать результаты первых попыток дренирования панкреатических псевдокист под контролем эндосонографии у 2 пациентов. Материалы и методы. У пациентки 55 лет псевдокиста размерами 6,9x9,5x8,1 см с плотной, ровной стенкой была диагностирована при УЗИ через 10 месяцев после многоэтапных операций по поводу панкреонекроза - лапароскопической санации и дренирования брюшной полости, открытой холецистэктомии, наружного дренирования холедоха по Холстеду, вскрытия и дренирования абсцесса сальниковой сумки и забрюшинного пространства, оментобурсостомии, некрсеквестрэктомии, множественных вскрытий и дренирования абсцессов брюшной полости. У пациента 38 лет псевдокиста размерами 16,8x8,7x9,7см с четкими тонкими стенками была обнаружена при УЗИ и КТ через 3 месяца после лапароскопического дренирования брюшной полости по поводу панкреонекроза, еще через месяц она увеличилась до 18x10x10,5см. Эндоскопические вмешательства выполняли с помощью конвексных эхоэндоскопов EG 250US с инструментальным каналом 2,8 мм (Fujifilm) и GF-UCT 160-OL5 (Olympus) с каналом 3,7 мм и инструментов фирм Boston Scientific, COOK Medical и M.I. Tech. Результаты. В первом наблюдении при эндоУЗИ непосредственно за стенкой желудка определялось полостное образование диаметром 9x10 см с четкими ровными краями и анэхогенным однородным содержимым. Вирсунгов проток расширен до 4,5 мм, извитой, стенки ровные. Под двойным - эндосонографическим и рентгенологическим - контролем с техническими трудностями из-за выраженной плотности стенки была выполнена пункция кисты иглой 19G (Boston Scientific), частичная аспирация содержимого и проведение струны в ее полость. Однако расширить пункционное отверстие для создания фистулы баллонным дилататором, бужом Soehendra 6 Fr и стандартным цистотомом, проведенным через канал диаметром 2,8 мм, не удалось. Через день было предпринято повторное вмешательство с помощью ширококанального терапевтического эхоэндоскопа, позволяющего использовать иглу-проводник Джованнини (COOK Medical) с функцией цистотома. Также с техническими трудностями удалось создать фистулу, но при последующих манипуляциях катетер из полости кисты выпал, а многократные попытки повторного проведения его через это отверстие, как и пункции в другой зоне под эндоскопическим ультразвуковым контролем оказались безуспешными. Была предпринята попытка создания цистогастростомы только под визуальным контролем в наиболее выступающей точке кисты, однако возникло кровотечение,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

которое было остановлено путем клипирования и инъекции гемостатического раствора. От дальнейших попыток эндоскопического дренирования отказались. При ЭРПХГ выявлены стеноз БДС, стриктура главного панкреатического протока, выполнена ограниченная вирсунготомия. Через 4 месяца пациентке была наложена цистоеюностома на выключенной по Ру петле. У второго больного при эндоУЗИ за стенкой желудка определялось полостное образование диаметром 15 см с гиперэхогенной стенкой толщиной 2 мм, с множественными включениями (детрит). В данном наблюдении пункция иглой 19G под эндосонографическим и рентгенологическим контролем не представляла трудностей. Затем по струне была выполнена баллонная дилатация пункционного отверстия баллоном размером 10x30 мм и установлен полимерный стент double pig-tail диаметром 7 Fr длиной 12 см. Было отмечено активное поступление содержимого из кисты по стенту с уменьшением взбухания стенки желудка. В последующие дни при УЗ-контроле киста уменьшилась в размерах до 9,1x5,9x6,6 см. Через 5 дней выполнена замена полимерного стента на специально разработанный для дренирования псевдокист саморасправляющийся нитиноловый полностью покрытый стент фирмы M.I.Tech длиной 40 мм диаметром 10 мм с двумя воронками диаметром 25 мм и дополнительными фиксирующими лепестками. Сразу было отмечено активное поступление содержимого кисты в просвет желудка. Воронка стента в полости кисты раскрылась полностью сразу, со стороны желудка – через сутки. Наблюдали дальнейшее уменьшение псевдокисты. Однако через 2 недели вновь появилась гипертермия до 38,5-39°C, лейкоцитоз, повышение СОЭ. При УЗИ диагностировано нагноение постнекротической кисты, дисфункция стента. При ЭГДС было обнаружено, что в луковице двенадцатиперстной кишки по продолжению малой кривизны появилось новое взбухание стенки, а стент частично дислоцировался в просвет желудка и был извлечен. Для санации остаточной полости кисты в ее нижнюю часть был установлен назокистозный дренаж. По данным УЗИ размеры кисты уменьшились до 6,2x4,2 см, хотя по данным КТ они составляли 11x3x3,3 см. Поскольку на фоне антибиотикотерапии сохранялась гипертермия, было решено выполнить наружное дренирование псевдокисты поджелудочной железы. Интраоперационно в области головки поджелудочной железы пальпировался плотный инфильтрат 5x5x7 см, после вскрытия кисты отмечено поступление скудного количества гноя. При ревизии размеры полости были 8x3x3 см. В левом углу полости определялся установленный через стенку желудка назокистозный зонд, то есть дренирование было адекватным. В последующем при КТ-контроле жидкостное скопление в проекции тела поджелудочной железы уменьшилось в размерах, контуры его четко не визуализировались, в просвете определялся дренаж. Заключение: дренирование псевдокист поджелудочной железы под эндосонографическим контролем может оказаться технически трудной или невыполнимой процедурой из-за выраженной ригидности стенки. Для повышения эффективности вмешательства следует стремиться выполнить его в один этап, что возможно при использовании ширококанальных эхоэндоскопов, позволяющих применить весь арсенал необходимых инструментов. Использование цветного доплеровского картирования позволяет выбрать трассу для проведения тонкоигльной пункции вдали от крупных кровеносных сосудов и тем повысить безопасность

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

вмешательства. Применение саморасправляющихся металлических стентов с широкими фиксирующими воронками и дополнительным антимиграционным механизмом весьма перспективно для обеспечения адекватного оттока содержимого кисты и последующего проведения некрсеквестрэктомии через гибкий эндоскоп под визуальным контролем.

45.КАТЕТЕРИЗАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПО МЕТОДУ СЕЛЬДИНГЕРА ПРИ НАПРЯЖЕННОМ АСЦИТЕ

Чуркин А.А., Еремеев А.Г., Ломоносов А.А.

Тверь

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФГБУЗ "Областная клиническая больница" г. Твери

В настоящее время актуальной представляется разработка новых малоинвазивных подходов к диагностике и лечению напряженного асцита, что особенно важно в группе пожилых больных с декомпенсированной соматической патологией. Асцит развивается на поздних стадиях заболевания (портальной гипертензии) и считается признаком декомпенсации патологического процесса в печени. Жидкостные внутрибрюшные скопления часто требуют дифференциальной диагностики возможной разнообразной патологии. С течением времени асцит становится резистентным к консервативной терапии, что требует всё более частых лапароцентезов, приводящих к быстрому истощению больных, развитию асцит – перитонита и летальному исходу. Кроме того, при пункции брюшной полости традиционным троакаром в отдаленные сроки существует опасность развития асцитических свищей. Одним из путей решения этих проблем является разработка малоинвазивной методики пункции брюшной полости стандартным набором для катетеризации центральных вен по методу Сельдингера. Цель исследования: Изучить возможность применения малоинвазивных способов пункции брюшной полости с диагностической и/или лечебной целью. В качестве аналога троакара для пункции брюшной полости использовали стандартную систему для катетеризации центральных вен. При этом использовали одноканальный рентгеноконтрастный катетер с наружным диаметром 1,4 мм (4F, 18G); 1,7 мм (5F, 16G) или 2,1 мм (6F, 14G) длиной 200 мм. В период с 2011г. по сентябрь 2014 г. нами проведена пункция брюшной полости указанным способом с целью эвакуации асцитической жидкости при напряженном асците у 16 пациентов, из которых мужчин - 9 (56,3%), женщин - 7 (43,7%). Для выполнения процедуры требовались: Антисептик

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

для обработки кожи (1% раствор йодопирона), стерильные перчатки и салфетки, перевязочный материал, стандартный набор для катетеризации центральных вен, шприцы емкостью 10 – 20 мл, 0,5% раствор прокаина или 2% раствор лидокаина - с учетом индивидуальной непереносимости, одноразовая система для внутривенных инфузий, стерильный лоток, стерильный хирургический пинцет или зажим, лейкопластырь, стерильные пленки. Манипуляция проводилась в процедурном или перевязочном кабинетах, у тяжелых больных – в палате. Манипуляция производилась в положении больного сидя, у тяжелых больных – в положении лёжа на боку. В состав стандартного набора для катетеризации центральной вены входит: 1) катетер венозный одноканальный рентгеноконтрастный диаметром 1,4 мм (4F, 18G); 1,7 мм (5F) или 2,1 мм (6F) длиной 200 мм; 2) расширитель (дилататор) 2,3 мм (7F); 3) игла для пункции центральных вен 18G x 70 мм; 4) шприц инъекционный одноразового применения трехдетальный с иглой инъекционной 22G × 1½ объемом 10 см³; 5) пластиковый проводник; 6) две заглушки инъекционные; 7) зажим фиксатора. Техника манипуляции: В асептических условиях вскрывается упаковка для пункции центральной вены, стандартный набор переносится на стерильный стол или лоток, проверяется комплектация и исправность всех компонентов набора. Перед манипуляцией мочевого пузыря должен быть опорожнен. Точка для пункции передней брюшной стенки (ПБС) располагалась по срединной линии на 2,0 см ниже пупка или параумбиликально. Она выбиралась индивидуально для каждого пациента с учетом местного статуса (перенесенных ранее оперативных вмешательств), состояния кожных покровов, наличия и расположения послеоперационных рубцов и др. Кожа ПБС трехкратно обрабатывалась антисептиком (1% раствор йодопирона). Операционное поле отграничивалось стерильными пленками. С помощью инъекционного шприца одноразового применения объемом 10 см³ с иглой инъекционной 22G × 1½ производилась послойная инфильтрационная местная анестезия по Вишневскому предполагаемой точки пункции на ПБС Sol. Procaini 0,5% - 20,0 или Sol. Lidocaini hydrochloridi 2% - 6,0 ml. После прохождения инъекционной иглой париетальной брюшины ПБС («чувство провала») производилась аспирационная проба. В результате аспирационной пробы определялась адекватность выбранной точки пункции. С другой стороны, данный этап носил диагностический характер. Далее инъекционная игла извлекалась. Затем приступали к пункции ПБС с помощью пункционной иглы 18G x 70 мм с присоединенным шприцом, наполовину заполненным физиологическим раствором хлорида натрия. Направление пункции – перпендикулярно коже. В качестве теста нахождения пункционной иглы в свободной брюшной полости также служила проба с аспирацией асцитической жидкости в поршень шприца. При появлении в цилиндре шприца асцитической жидкости продвижение иглы прекращали с целью профилактики повреждения органов брюшной полости (большого сальника, мочевого пузыря, петель тонкого кишечника и т.д.). После аспирации асцитической жидкости пункционной иглой, в последнюю вводили проводник. Когда проводник занимал нужное положение вынимали пункционную иглу, сохраняя положение проводника в брюшной полости. Затем расширяли пункционный канал. Для этого, удерживая экстракорпоральную часть проводника, легким вращательным движением вдвигали расширитель по проводнику в пункционный канал. Сохраняя

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

положение проводника, вынимали расширитель из пункционного канала. Следующий этап - продвигали катетер по наружной части проводника до места пункции. Затем, удерживая конец проводника, легким вращательным движением продвигали катетер по пункционному каналу в нужное положение в брюшной полости. Правильность расположения катетера в брюшной полости определяли по обратному току асцитической жидкости. Далее промывали катетер стерильным физиологическим раствором. С помощью фиксатора закрепляли катетер на коже с помощью лейкопластырной повязки, либо подшивали катетер с помощью шовного материала, если существовала необходимость оставления катетера в брюшной полости на более длительный срок с лечебной и/или диагностической целью. Для этого эластичный фиксатор передвигали к месту закрепления, возможно в непосредственной близости от места пункции, затем закрепляли зажимом, после чего подшивали к коже лигатурами. После этого, обрабатывали кожу в области катетера раствором антисептика, накладывали асептическую повязку. Передвижной зажим на центральном катетере служил для закрытия катетера по показаниям: резкое падение АД, забор асцитической жидкости для исследования, окончание процедуры и т.д. Кроме того, с помощью одноразовой системы для внутривенных инфузий через коннектор центрального катетера существовала возможность удлинить систему, дистальный конец которой помещали в емкость для сбора асцитической жидкости. Во всех случаях пункции асцитическую жидкость брали на цитологическое и биохимическое исследования в начале и в конце процедуры в стерильные пробирки. Во время эвакуации асцитической жидкости следили за состоянием пациента, показателями гемодинамики. Во время эвакуации асцитической жидкости при удовлетворительном состоянии пациента возможна его активизация в пределах палаты или отделения под контролем медицинского персонала. Это достигалось путем перекрытия центрального катетера с помощью вышеуказанного передвижного зажима. Результаты: В результате пункции брюшной полости стандартным набором для катетеризации центральных вен происходит более медленная эвакуация асцитической жидкости при напряженном асците, что особенно важно у тяжелых и ослабленных больных с декомпенсированной соматической патологией, нестабильными показателями гемодинамики (последние во время процедуры не изменялись). Во время пункции по методу Сельдингера осложнений со стороны ПБС и брюшной полости не было. После извлечения катетера подтекания асцитической жидкости не наблюдалось, поэтому отсутствовала необходимость наложения первичных швов на кожу. Средняя скорость эвакуации асцитической жидкости составляла до 600 мл в первый час и прогрессивно уменьшалась по мере снижения внутрибрюшного давления. Таким образом, способ лечения напряженного асцита путём пункции ПБС стандартным набором для катетеризации центральных вен по методу Сельдингера имеет следующие положительные характеристики: 1. Минимальное травмирование ПБС; 2. Профилактика развития асцитических свищей и асцит – перитонита; 3. Снижение расхода перевязочного материала в послеоперационном периоде; 4. Более щадящая (медленная) эвакуация асцитической жидкости, чем при лапароцентезе традиционным троакаром; 5. Отсутствие необходимости наложения первичных швов на кожу; 6. Возможность оставления катетера на более длительный срок с лечебной и/или

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

диагностическими целями; 7.Использование способа как с диагностической, так и с лечебной целью - возможность введения в брюшную полость лекарственных препаратов (антибиотиков, антисептиков и др.; 8.Регулирование скорости эвакуации асцитической жидкости с помощью специальных зажимов, входящих в стандартный состав центрального катетера и систем для внутривенных инфузий.

46. Малоинвазивные вмешательства при прободной язве

А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов, С.С. Нестеров, Л.В. Шарашкина, М.П. Постолов

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Клиника факультетской хирургии

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с прободной язвы. Материал и методы: В период с 2001 по 2014 гг. в клинике факультетской хирургии ВолГМУ было выполнено 158 малоинвазивных ушиваний прободной язвы двенадцатиперстной кишки и желудка с использованием лапароскопических и минилапаротомных технологий. В 97 % (n=153) наблюдений ушивание прободной язвы было выполнено из минидоступа с видеоэндоскопической поддержкой, в 3 % (n=5), все этапы операции были выполнены лапароскопически. Средний возраст пациентов составил $39 \pm 2,8$ лет. Из них мужчин – 86 % (n=137), женщин – 14 % (n=21). Большинство пациентов (77 % (n=123)) поступили в клинику в первые 12 часов от момента начала заболевания. Большинство больных, отобранных для малоинвазивных вмешательств, страдали легким течением язвенной болезни, с нечастыми обострениями и отсутствием в прошлом каких-либо других осложнений язвенной болезни. При выборе способа оперативного вмешательства считаем необходимым выполнение срочного эндоскопического исследования в условиях операционной, что позволяет исключить или подтвердить наличие других сочетанных осложнений язвенной болезни. По нашим данным достоверность ЭГДС, в плане верификации сочетанных осложнений, составляет 99,4 %. Недооценка степени стеноза пилородуоденальной зоны в ходе первичного эндоскопического обследования у 1 из пациентов привела к развитию в ближайшем послеоперационном периоде тяжёлых моторно-эвакуаторных расстройств желудка, и потребовало выполнения повторного вмешательства. Кроме того, при лапароскопии, оценивали размер перфоративного отверстия, характер и распространённость перитонита

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Критериями отказа от ушивания прободной язвы из минидоступа считали: длительное течение язвенной болезни, сочетанные осложнения и наличие хронических каллезных язв желудка больших размеров, при которых целесообразно выполнение резекции желудка. Распространенные формы гнойного перитонита, в последнее время, считаем относительным противопоказанием к применению малоинвазивных технологий в лечении прободной язвы. Изучение результатов применения малоинвазивных технологий при прободной язве показало, что ушивание перфорации из минидоступа не вызывает технических трудностей у хирургов общехирургического стационара. Конверсию мы вынуждены были сделать в 0,8% (n=1) наблюдений из-за выраженного периульцерозного инфильтрата. Средняя длительность минилапаротомного ушивания составила 59,7 + 2,7 мин. Лапаротомная операция была несколько продолжительнее - 66,3 + 2,4 мин. Основным преимуществом ушивания прободной язвы из минидоступа являются: сокращение сроков лечения в хирургическом отделении (по хирургическому статусу, после ушивания из минилапаротомного доступа, пациенты могут быть выписаны на 5-6 сутки после операции, с последующим проведением эрадикационной терапии в условиях гастроэнтерологического или терапевтического отделений), снижение частоты встречаемости послеоперационных раневых осложнений по сравнению с лапаротомными операциями. Летальность после ушивания прободной язвы из минидоступа составила 0,8% (n=1). Таким образом, операция по ушиванию прободной язвы из минилапаротомного доступа позволяет улучшить непосредственные результаты лечения пациентов с прободной язвой и может быть рассмотрена в качестве альтернативы лапароскопической операции.

47. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста после оперативного лечения острого деструктивного холецистита

Величко Е.А.(1), Некрасов А.Ю.(1), Сергеев А.В.(2)

1)Новогорск, 2)Смоленск

1)КБ №119 ФМБА России, 2) ОГБУЗ “КБСМП”

Цель. Улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста после оперативного лечения острого деструктивного холецистита. Актуальность. Лапароскопические операции в настоящее время широко используются хирургами в экстренной и плановой хирургии. Однако, у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы влияние напряженного

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

карбокситеритонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма, что может привести к нежелательным последствиям и осложнениям в послеоперационном периоде, а следовательно к снижению качества жизни пациентов после выписки из стационара. Результатом многочисленных научно-исследовательских работ в изучении этой проблемы явилось использование лифтинговой технологии, позволяющей создать оперативное пространство в брюшной полости путем подъема передней брюшной стенки. Многие хирурги предлагают использовать этот способ оперативного лечения с целью улучшения результатов оперативного лечения острого деструктивного холецистита и улучшения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 106 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях с 2008 по 2013 гг. Средний возраст пациентов составил $74,2 \pm 4,3$ года. Холецистэктомия из лапаротомного доступа выполнена 40 (37,7%) пациентам (I группа), 35 (33,0%) больным - лапароскопическая холецистэктомия с минимальным давлением в брюшной полости 6-7 мм рт.ст. (II группа), и 31 (29,2%) пациенту выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием, разработанного в нашей клинике, веерообразного лапаролифта (III группа). Мужчин - 19 (17,9%) больных, женщин - 87 (82,1%). Достоверных отличий по возрасту, половой принадлежности, характеру сопутствующей, а также острой и хронической патологии при поступлении между группами не выявлено. Качество жизни пациентов в послеоперационном периоде изучалось, используя неспецифический опросник "SF-36 Health Status Survey". Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что по отдельности есть возможность оценить физический и психологический компоненты здоровья, а также общее качество жизни. Более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Результаты и обсуждение. В основной группе отмечалась наиболее ранняя активизация больных (на $1,1 \pm 0,5$ сутки) после операции; более поздняя во второй группе ($2,1 \pm 0,3$ суток) и самая длительная — после традиционной холецистэктомии - на $3,9 \pm 1,4$ сутки ($p < 0,05$). В наибольшей степени это связано с различием в оперативном доступе, то есть, с объемом операционной травмы, что играет немаловажную роль для ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде, и следовательно в профилактике возможных ТЭ осложнений. Продолжительность пребывания пациента в стационаре больных после традиционной холецистэктомии составила $16,2 \pm 1,6$ койко-дней, у пациентов, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с минимальным давлением газа в брюшной полости - $10,6 \pm 1,2$ койко-дней, а в основной группе - $7,6 \pm 1,1$ койко-дней ($p < 0,05$), что также является немало важным критерием при выборе способа оперативного лечения. Изучение реабилитационного периода, под которым подразумевается время, необходимое для возвращения пациента к привычной социальной деятельности после операции, показывает, что у пациентов, перенесших традиционную холецистэктомию, этот период достоверно более продолжительный (в среднем $25,3 \pm 3,4$ дня), чем у пациентов, перенесших ЛХЭ с минимальным давлением в брюшной полости ($17,6 \pm 2,8$ дня) и пациентов, перенесших ЛХЭ с использованием веерообразного лапаролифта ($10,4 \pm 3,7$ дня) ($p < 0,05$). Результаты оценки

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

качества жизни пациентов (в баллах) в различные сроки (от 6 месяцев до 5 лет) после операции в трех группах пациентов, оперированных различными способами, представлены ниже по каждой из шкал оценки опросника SF-36. Значение показателя физического функционирования (PF) после лапароскопической холецистэктомии с применением веерообразного лапаролифта - $85,4 \pm 2,9$ балла, что на 15,1% выше, чем у пациентов I группы и на 8,0% - пациентов II группы. Показатель ролевого функционирования (RP) пациентов после лапароскопической холецистэктомии с применением веерообразного лапаролифта составил $81,2 \pm 3,1$ балла, что на 13,3% выше, чем у пациентов I группы и на 8,3% - второй группы; интенсивность боли в основной группе составила 85,2 балла, в группах сравнения — 65,4 (I группы) и 70,1 (II группы) баллов, что на 23,2% и 17,7% соответственно меньше. Значение общего состояния здоровья (GH) пациентов III группы составило $79,2 \pm 2,4$ балла, что - на 13,8% выше чем у пациентов I группы и на 8,5% - II группы. Параметры жизненной активности пациентов (VT) после лапароскопической холецистэктомии с применением веерообразного лапаролифта ($86,3 \pm 2,9$ балла) были на 21,9% выше, чем у больных I группы и на 14,9% - второй группы; социального функционирования (SF) — $47,2 \pm 2,4$ балла, что на 14,9% выше, чем у I группы и на 5,9% - II группы. Составляющие ролевого функционирования пациентов, обусловленного психологическим состоянием (RE), после лапароскопической холецистэктомии с применением веерообразного лапаролифта ($79,1 \pm 3,1$ балла), что на 13,5% выше чем в первой группе и на 3,7% - пациентов второй группы. Значение показателей психологического здоровья пациентов (MH) после лапароскопической холецистэктомии с применением веерообразного лапаролифта составили $85,2 \pm 2,4$, что на 16,4% выше, чем пациентов I группы и на 8,1% пациентов второй группы. Выводы. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения, выполненный на основании определения качества жизни пациентов с повышенным анестезиолого-операционным риском, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита, что более короткие сроки послеоперационного периода и периода реабилитации, низкую частоту послеоперационных осложнений и летальности, а также высокие суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья, имеют пациенты, у которых во время операции использовался веерообразный лапаролифт, по сравнению с пациентами, оперированными путем стандартной холецистэктомии или лапароскопической холецистэктомией с минимальным давлением в брюшной полости. >

48. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Алибегов Р.А., Щаева С.Н., Жвйтиашвили И.Д.

Смоленск

СГМА, ОГБУЗ "Клиническая больница №1"

В настоящее время все большее распространение в клинической практике получают лапароскопические способы хирургических вмешательств. При этом данные способы лечения при колоректальном раке дают отдаленные онкологические результаты сравнимые с открытыми операциями, что подтверждено рядом многоцентровых исследований. Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 32 лапароскопических хирургических вмешательств по поводу колоректального рака в период с 2012 по 2014 гг. Из них правосторонняя гемиколэктомия произведена в 10 случаях, левосторонняя - 8, резекции сигмовидной кишки у 7 пациентов, передняя резекция прямой кишки – у 4, тотальная экстирпация прямой кишки – у одного, в двух случаях лапароскопический реконструктивный сигморектоанастомоз после операции Гартмана. При выборе способа оперативного вмешательства учитывался индекс массы тела, отсутствие в анамнезе «открытых» оперативных вмешательств на органах брюшной полости, клиническая стадия по TNM – классификации (7-е издание). Все хирургические вмешательства были выполнены по поводу аденокарциномы, различной степени дифференцировки. Мобилизация ободочной кишки у 28 больных осуществлялась от медиальной стороны к латеральной, у трех от латеральной к медиальной. Препарат удалялся через минилапаротомный разрез. Формирование анастомоза осуществлялось как экстракорпорально так и интракорпорально. Результаты исследования. Анализ данных послеоперационного патоморфологического исследования показал, что у большей части пациентов была I -II ст. заболевания (n=28). Только у 3-х пациентов наблюдалась III ст. Средняя продолжительность операции при правосторонней гемиколэктомии составила 196 мин, левосторонней гемиколэктомии – 208 мин, резекции сигмовидной кишки – 172 мин. Интраоперационная кровопотеря при гемиколэктомиях составила 110 мл, при резекциях сигмовидной кишки – 80 мл. Конверсий доступа наблюдались в 3 случаях, эти пациенты не вошли в исследуемую группу. У 2 пациентов с конверсией доступа операция выполнена методом «Hand assisted», у одного открытым способом. Летальность – 0, частота послеоперационных осложнений: пневмония n=1, острая перфорация тонкой кишки n=1. Средняя продолжительность койко-дней составила 9±4 суток. Заключение: Применение лапароскопических оперативных вмешательств при колоректальном раке даже на начальном этапе освоения методики представляют приемлемый уровень осложнений и других оценочных критериев. Использование лапароскопического доступа в хирургии рака толстой кишки без ущерба онкологического радикализма, способствует улучшению послеоперационных результатов. Способ представления - устный доклад, публикация

49. Лапароскопическая паховая герниопластика

Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И., Иванова Е.В., Игнатъев С.П., Жвитиашвили И.Д., Мелконян С.С.

Смоленск

СГМА, ОГБУЗ «Клиническая больница №1»

Несмотря на длинный перечень преимуществ лапароскопической герниопластики в лечение паховых грыж, окончательную разработку стандартов размеров сетчатых эндопротезов нельзя считать состоявшимся фактом. Цель исследования – оценить результаты лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж в зависимости от размеров сетчатых имплантатов. Материалы и методы. За период с 2010 по 2012 г. выполнено 12 лапароскопических операций с использованием сетчатых имплантатов фирмы Lintex размерами 8×12 см. В данной группе у 4 пациентов диагностирована прямая паховая грыжа, у 8 - косая паховая грыжа. С 2012 по 2014 г. было выполнено 27 аналогичных операций с использованием сетчатых эндопротезов той же фирмы, только размером 15×10 см. В этой группе больных у 10 пациентов была прямая паховая грыжа, включая 4 больных с пахово-мошоночной грыжей, у 12 – косая паховая грыжа, у 4 – рецидивные грыжи после открытых операций, у 1 – рецидивная грыжа после ранее лапароскопической герниопластики. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 4 больных с пахово-мошоночными грыжами в виде серомы паховой области. Последние устранены пункционно от 2 до 5 раз. Рецидив наблюдался в 1 случае, при использовании сетчатого эндопротеза размером 8×12. При использовании сеток 15×10 см рецидивов нет. Полученные результаты в очередной раз показывают на высокую эффективность лапароскопической герниопластики. Предпочтение следует отдавать большим размерам сетчатым имплантатам, которые позволяют покрыть все возможные места выхода грыж паховой области.

50. Диагностическая значимость гепатобилисцинтиграфии у больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

М.А. Рогаль, М.М. Магомедбеков, Л.В. Моисеева, А.В. Гришин, Х.К. Абдуламитов.

Москва, Россия.

НИИ СП им. Склифосовского

Цель. Оценить диагностическую значимость и чувствительность динамической гепатобилисцинтиграфии (ДГБСГ) у больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом. Материалы и методы. Были проанализированы результаты ДГБСГ 45 пациентов с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом. Возраст пациентов составил в среднем 58 ± 16 лет, среди них было 29 женщин и 16 мужчин. ДГБСГ проводили на гамма-камере Infinia II (GE) с 100 МБк ^{99m}Tc -бромезиды в течение часа (в режиме 60 кадров по 60 с/кадр, лучевая нагрузка 1,7 мЗв). Диагностический алгоритм включал на первом этапе УЗИ, при котором холедох либо не визуализировался, либо имели место признаки его расширения, биохимический анализ крови (билирубин), на втором этапе для оценки проходимости холедоха выполняли ДГБСГ, и на третьем этапе - МР-холангиографию для уточнения характера препятствия при очаговой задержке РФП в холедохе или «блоке» желчевыделения по данным ДГБСГ. В качестве верифицирующего метода использовалась ЭРХПГ. Результаты. По данным ДГБСГ у 43 (95,6%) пациентов отмечены истинноположительные результаты. Причиной нарушения желчеоттока у этих больных явились конкременты общего желчного протока и/или сладж различной локализации и диаметра. Ложноположительный результат зарегистрирован у одного пациента (2,2%), когда нарушение пассажа желчи не было подтверждено другими инструментальными (УЗИ и МР-холангиография) методами. По-видимому, нарушение пассажа желчи у этого пациента было обусловлено сдавлением холедоха увеличенной вследствие отека шейкой желчного пузыря, обтурированной конкрементом. Ложноотрицательный результат зарегистрирован у одного пациента (2,2%) без нарушения пассажа РФП, однако по данным антеградной холецистохолангиографии и ЭРХПГ был выявлен мелкий конкремент (4мм) дистального отдела холедоха, не препятствующий оттоку желчи. Исследование показало целесообразность выполнения ДГБСГ после сомнительных в плане холедохолитиаза данных УЗИ и перед ЭРХПГ. Чувствительность метода в нашем исследовании составила 97,7%. Вывод. Принимая во внимание высокую чувствительность ДГБСГ, являющуюся функциональным физиологичным методом с небольшой лучевой нагрузкой на пациента, целесообразно применять его как скрининг-метод у больных с подозрением на холедохолитиаз.

51. Метод HAL RAR как альтернатива геморроидэктомии

Фатхутдинов И.М.

Казань

Казанский ГМУ

Актуальность. В последние годы наблюдается внедрение различных малотравматичных методов лечения геморроидальной болезни. К сожалению большинство методов не позволяют добиться хорошего результата в лечении больных с хроническим геморроем и не могут служить альтернативным методом лечения этого недуга. Наиболее оптимальным малоинвазивным методом в лечении больных с хроническим геморроем является трансанальная доплер контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов. Цель исследования. Оценить эффективность метода HAL RAR в амбулаторном лечении больных с геморроидальной болезнью. Материал и методы. В период с октября 2013 г. по ноябрь 2014 г. нами пролечено 79 больных с различными стадиями геморроя, на оборудовании компании А.М.І. (Австрия), с проктоскопом RAR - 2013 для выполнения дезартеризации и мукопексии. Мужчин – 46, женщин 33. Больных со II стадией – 28, с III стадией - 39, и с IV стадией – 12. Все операции проводились в амбулаторных условиях, под местной анестезией. В данное исследование не вошли пациенты с симультанными операциями. Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 35 минут. Неприятные ощущения и позывы на стул сохранялись в среднем 3 дня. Практически все пациенты отмечали исчезновение патологических симптомов геморроя на первых двух консультациях через 14 дней и 21 день. В раннем послеоперационном периоде развились следующие осложнения: кровотечение – 1 случай (прорезалась лигатура, потребовалось повторное вмешательство через 12 дней), острый геморроидальный тромбоз – 3 наблюдения (во всех консервативная терапия с хорошим эффектом), выраженный болевой синдром – 1 больной (вследствие распространения отека от швов на зубчатую линию, потребовалось трижды проведения блокады анального сфинктера). На отдаленных сроках наблюдались выпадение одного геморроидального узла в 4 наблюдениях, у троих пациентов произведено удаление выпадающего узла, один больной от повторного вмешательства отказался. В одном случае пациентка отмечала кровь на туалетной бумаге после твердого кала – после курса консервативного лечения отмечает улучшение. Заключение. Метод трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки – является наилучшей альтернативой операции геморроидэктомии, так как позволяет добиться радикального излечения больных без госпитализации в стационар и длительной нетрудоспособности, без послеоперационных болей и нарушения привычного образа жизни.

52. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНДОМИКРОСКОПИИ (КЛЭ) В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Потехина Е.В.(1,2), Шулешова А.Г.(2), Адеева Е.Ю.(1)

Москва

1) ФГБУ «ОБП» Управления Делами Президента РФ, 2) ФГБУ «УНМЦ» Управления Делами Президента РФ, кафедра хирургии с курсами эндоскопии и урологии, Москва

Представлен анализ применения эндоскопических методов диагностики очаговых изменений слизистой оболочки у 40 больных. Всем больным были проведены: колоноскопия (КФС) с осмотром в белом свете и узком спектре света (NBI), что позволило визуализировать изменения архитектоники, капиллярный рисунок и границы очаговых изменений. Все найденные очаговые изменения слизистой оболочки сканировались с использованием КЛЭ. Актуальность – колоректальный рак является одной из глобальных проблем мирового здравоохранения. В России за последние 20 лет рак толстой кишки в структуре онкологической заболеваемости переместился с 6 на 3 место. Тревожным остается факт, что на 100 вновь выявленных больных раком толстой кишки более 70 умерших, из них на 1 году с момента установления диагноза – около 40 %. Это связано тем, что при первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) диагностируются у 72%. Целью исследования является совершенствование методов диагностики очаговых поражений толстой кишки с использованием новейших сочетанных эндоскопических методик (NBI, Zoom, КЛЭ). Материалы и методы - с сентября 2013 по ноябрь 2014 г в ОБП УДП РФ было обследовано 40 больных с очаговыми изменениями слизистой оболочки толстой кишки. Все исследования проводились под внутривенной седацией. Всем пациентам выполнена КФС с осмотром в белом свете и в режиме NBI, что позволило выявлять очаговые изменения и более детально визуализировать архитектуру, капиллярный рисунок и границы очаговых изменений. Затем проведено сканирование обнаруженных изменений с помощью КЛЭ специальными зондами. Данный метод позволил в режиме *in vivo* получить микроскопическое изображение очаговых изменений слизистой оболочки. Также произведен забор материала для морфологического исследования. Результаты - после проведения КФС с осмотром в белом свете и в режиме NBI по изменению архитектоники, капиллярному рисунку слизистой оболочки у 40 (100%) больных были выявлены очаговые изменения слизистой оболочки. У 15 (37,5%) больных по изменению архитектоники и капиллярному рисунку были заподозрены гиперпластические полипы, у 25 (62,5%) – аденоматозные полипы. После проведения КЛЭ гиперпластические полипы

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

были подтверждены у 10 больных, аденоматозные – 14, ранний рак у 1 больного. При выявлении аденоматозных полипов всем пациентам был проведен забор биопсийного материала. У 8 пациентов из 13 выявлена умеренная степень дисплазии, у 5 – тяжелая степень дисплазии, у 1 – тяжелая степень дисплазии с фокусом аденокарциномы. Чувствительность и специфичность методик в отношении дисплазии, по нашим данным, составил 100% и 75%. Чувствительность и специфичность методик в отношении гиперпластических и аденоматозных полипов составил 100% и 96%. Выводы – применение сочетанных эндоскопических диагностических методов, включая конфокальную лазерную эндомикроскопию позволяет выявлять мелкие поверхностные очаговые изменения. Первые результаты применения КЛЭ позволяют быстро поставить точный морфологический диагноз и провести дифференциальную диагностику очаговых изменений слизистой оболочки толстой кишки, чувствительность которого достигает 100%.

53. Хирургическое лечение пациентов с желчнокаменной болезнью на современном этапе.

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

Смоленск

Алибегов Р.А (1)., Касумьян С.А (1)., Сергеев О.А (1)., Жвйтиашвили И.Д (2)., Прохоренко Т.И (2). 1)СГМА 2) Клиническая больница №1.

Современные лапароскопические технологии в хирургии в совокупности с навыками оператора позволяют расширить спектр вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), в том числе при осложненном ее течении. Цель: улучшить переносимость хирургического лечения пациентов с ЖКБ за счет широкого внедрения лапароскопических технологий. Материалы и методы: анализируются результаты хирургического лечения пациентов ЖКБ с 2012 по 2014 гг. с использованием лапароскопических технологий. Всего выполнено 306 лапароскопических вмешательств. Среди оперированных пациентов преобладали женщины – 82% (251), мужчины - 18 % (55). Средний возраст составил 54,5±5,7 лет. Стандартная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) n=268, однопортовая (ЛХЭ) при помощи SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) Port Covidien n=26, лапароскопическая холангиоскопия с холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керу n=9, формирование лапароскопического холедоходуоденоанастомоза n=3. В

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

69,3% (212) случаях выполнялась плановое хирургическое пособие, в 30,7% (94) срочные оперативное вмешательства. В этой категории пациентов в 91,5% (86) случаях отмечался флегмонозный холецистит, в 8,5% (8) – гангренозный. В 14 случаях выполнялись симультанные операции: 2 ЛХЭ и иссечение кист печени, в 12 случаях ЛХЭ и пупочная герниопластика. Результаты: летальность отсутствовала. Одна конверсия (0,3%) при вклиненном камне в большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Послеоперационные осложнения встречались в 4,9% (15) случаях. Повреждение гепатикохоледоха – 0,3% (1), гемобилома – 1,3% (4), желчеистечение по улавливающему дренажу – 1,3% (4), нагноение троакарной раны – 0,3% (1), пневмония – 1,6% (5). Повторное вмешательство потребовалось в одном случае при повреждении общего печеночного протока, была выполнена пластика долевых протоков с формированием бигепатикоюноанастомоза. Выводы: внедрение современных лапароскопических технологий в лечении пациентов ЖКБ и ее осложнений позволяет улучшить переносимость хирургического лечения, снижает травматичность особенно при необходимости вмешательства на внепеченочных желчных протоках и выполнении симультанных операций. А так же позволяет выполнять одноэтапное лечение при холецистохоледохолитиазе.

54. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ГЕРНИОПЛАСТИК

Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Галин В.А., Богданов В.А., Фролкин В.И.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

За последнее десятилетие эндовидеохирургическое лечение паховых грыж прочно вошло в арсенал практических хирургов. В настоящее время используются три основных методики лапароскопических не натяжных герниопластик полипропиленовой сеткой: интраабдоминальная, экстраперитонеальная и наиболее целесообразная на сегодняшний день трансабдоминальная преперитонеальная, каждая из них имеет экономическое обоснование, сформулированы основные клинические показания и противопоказания. Цель работы. Определить технические приемы позволяющие улучшить результаты трансабдоминальной преперитонеальной эндовидеохирургической герниопластики. Материалы и методы. Проанализированы результаты 174 паховых герниопластик выполненных у лиц первого и второго зрелых возрастных периодов, 58 из

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

которых выполнены традиционными и 76 эндовидеохирургическим методом (Федеральный патент РФ №2252717). На 30 трупах мужчин и 30 трупах женщин (20 брахиморфного, 20 мезоморфного, 20 долихоморфного телосложения), в возрасте от 15 до 70 лет изучена клиническая анатомия латеральной и медиальной паховых ямок. Секционные наблюдения разделены на две группы первая - лица юношеского и первого зрелых возрастных периодов, вторая - лица второго зрелого и старческого возрастного периодов. Результаты исследования. Продолжительность лапароскопической герниопластики составляет в среднем от 15 до 1 часа, традиционной от 20 минут до 1,5 часа, особенно большая разница времени обнаруживается при анализе лечения рецидивных и больших грыжах. При сравнении ближайших результатов традиционной и лапароскопической герниопластики отмечено, что после лапароскопической герниопластики не требуется применение наркотических анальгетиков, больные могут быть активированы с первых суток, пребывание в стационаре сокращается до 3-4 суток. Все выявленные осложнения были разделены на раневые и околограневые (паховая и соседние области), перитонеальные, общесоматические, интраоперационные травматические и рецидив грыжи. Анализу подвергнуты плановые операции, выполненные после обследования и предоперационной подготовки, чем объясняется отсутствие перитонеальных осложнений и недостоверная разница числа общесоматических, в среднем около 3%. При традиционной герниопластике отмечены следующие осложнения: рецидив грыжи - 3, послеоперационное невринома - 1, фуникулит - 2, орхоэпидемит - 2, атрофия яичка - 1, повреждения семенного канатика - 4. При лапароскопической герниопластике послеоперационных осложнений в основной группе не отмечено, однако технические трудности отмечены во время 20% операций. Во всех случаях лапароскопической герниопластики использована методика протезирующей герниопластики прорастаемым протезом с предбрюшинным расположением. Полученные результаты в основной группе при использовании настоящей методики у лиц зрелых возрастных периодов объясняются тем, что эти операции не являются первым опытом и обоснованы собственными клинико-анатомическими исследованиями. В первой группе секционных наблюдений щели между волокнами апоневроза наружной косой мышцы живота выявляются редко, апоневроз представлен «натянутой» фасциальной пластинкой со следующими параметрами. Толщина $-29,3 \pm 0,43$ мкм, относительное удлинение $-0,32 \pm 0,04$ предел прочности $-0,57 \pm 0,12$ кгс/мм². Во второй группе между волокнами апоневроза наружной косой мышцы живота выявляются щели выполненные жировой клетчаткой, под апоневрозом расположен слой клетчатки. Толщина апоневроза наружной косой мышцы живота во второй группе $-34,6 \pm 0,23$ мкм, относительное удлинение $-0,42 \pm 0,03$ предел прочности $-0,46 \pm 0,10$ кгс/мм². В норме серповидный край спиралевидно пересекает семенной канатик спереди наверх и укрепляет межячковую связку. По нашим данным в норме средние размеры внутреннего пахового кольца без препаровки поперечной фасции у мужчин $1,5 \pm 0,04 \times 1,1 \pm 0,02$ см, у женщин $1,1 \pm 0,04 \times 0,8 \pm 0,03$ см, спереди оно закрыто мышечным затвором. Специфическими для лапароскопической герниопластики являются повреждения нижних эпигастральных сосудов и сосудов семенного канатика при разрезе и препаровке брюшины паховой области, известны случаи повреждения

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

наружной подвздошной артерии, огибающей ветви глубокой подвздошной и запирающей артерий. Сосуды семенного канатика и семявыносящий проток, соединяясь у внутреннего пахового кольца, формируют верхушку условного треугольника («роковой треугольник»), наружной стороной являются яичковые сосуды, внутренней -семявыносящий проток, внутренний угол соответствует пересечению семявыносящего протока и медиальной пупочной складки (пупочный сосудистый пучок). Наружной стороной «рокового треугольника» являются яичковые сосуды. Внутри треугольника расположены наружные подвздошные артерия диаметром от 12 до 14 ($11,4 \pm 1,3$) мм, и внутри от нее наружная подвздошная вена. Перед переходом через поперечную фасцию, за семявыносящим протоком от наружных подвздошных артерий отходят нижние надчревные сосуды, которые петлеобразно изгибаясь переходят на внутренний край глубокого пахового кольца, нижняя надчревная вена расположена медиальнее одноименной артерии. Если яичковая артерия делится на две ветви к яичку и его придатку на уровне нижнего полюса почки (6 из 60) или три (2 из 60), то наружная сторона «рокового треугольника» представлена несколькими последовательно расположенными сосудами, что чаще отмечается у лиц долихоморфного телосложения. У лиц брахиморфного телосложения чаще встречается одна яичковая артерия. В связи с перечисленными анатомическими данными не рекомендуется накладывать клипсы латеральнее семявыносящего протока и медиальнее сосудов семенного канатика. У 3 больных не вошедших в основную группу и оперированных в периоде освоения методики в послеоперационном периоде отмечены невралгии латерального кожного нерва бедра, проявлявшиеся жгучими болями и нарушениями чувствительности. Однако возможно повреждение и других нервов: бедренная ветвь полово-бедренного нерва и срединная кожная ветвь бедренного нерва. Учитывая эти анатомические данные мы не использовали в контрольной группе грыжевой степлер латеральнее глубокого пахового кольца, где проходят основные нервные стволы («треугольник боли»). В этой связи имеет значение отмечаемое в 13% случаев аномальное положение латерального кожного нерва бедра в 0,5 см от подвздошно-паховой связки латерально или в непосредственной близости от передней верхней подвздошной ости. Кроме того нижний край полипропиленовой сетки крепили к передневерхней части гребенчатой связки, в этом месте она хорошо выражена и имеет толщину до 0,4 см, что предотвращает развитие периостита в послеоперационном периоде. Заключение. Протезирующая герниопластика прорастаемым протезом с предбрюшинным расположением показана больным зрелых возрастных периодов при этом в целях предупреждения повреждения сосудов и нервов не следует производить в области «рокового треугольника» разрезов брюшины и фиксировать сетку латеральнее глубокого пахового кольца. Наложение швов или сетчатого протеза должно производиться медиальнее семявыносящего протока вдоль гребенчатой связки и латеральнее сосудов семявыносящего канатика. При прямой грыже протез следует тщательно фиксировать к гребенчатой связке. У лиц второго зрелого и старческого возрастного периодов, при большой прямой паховой грыже отдельным швом следует фиксировать латеральный край глубокого пахового кольца к внутренней поверхности серповидного края.

55.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЫЯВЛЕНИИ РАНЕНИЙ ВНЕБРЮШИННЫХ УЧАСТКОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Татьянченко В.К., Саркисян В.А., Овсянников А.В., Богданов В.Л., Манина М.С., Красенков Ю.В.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы. Повышение диагностической ценности видеолапароскопии, в диагностике повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки при колото-резаных ранениях поясничной области, определение значимости этого метода в выборе тактики хирургического лечения. Материалы и методы. Включают анализ результатов лечения 42 больных с колото-резаными ранами поясничной области, находившихся в отделении травматологии № 2 МЛПУЗ БСМП №2 г. Ростова-на-Дону. Результаты исследования. У 24 больных раны поясничной области имели изолированный характер, у 7 - множественный. У 11 больных сочетались с повреждением других органных систем. Диагностика повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки рутинными методами, такими как изучение клинической картины, сбор анамнеза и проведение общепринятых неиназивных дополнительных методов исследования (УЗИ, рентгенологическое исследование), сопровождается ложноположительными и ложноотрицательными результатами, а также требует дополнительных затрат времени. Существующие способы диагностики повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки, такие, как ревизия ран поясничной области; диагностика проникающих ранений живота, базирующаяся на выявлении симптомов пневмоперитонеума и гемоперитонеума, нечеткости изображения паренхиматозных органов, наличии инородных тел в брюшной полости; и даже обычная диагностическая видеолапароскопия имеют ряд существенных недостатков. Учитывая это, нами была разработана оригинальная методика диагностики ранений внебрюшинного отдела ободочной кишки на основе видеолапароскопии (Федеральный патент РФ). Способ осуществляется следующим образом. В положении больного на здоровом боку с наклоном передней поверхности тела под углом 70° к горизонтальной плоскости стола в рану поясничной области помещают катетер Фолея, со срезанным концом, раздувают obturating манжету, рану герметизируют влажной салфеткой. В катетер вводят 150 мл официального раствора метиленовой сини. Больного вводят в наркоз, накладывают карбоксиперитонеум. Выполняют диагностическую

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

видеолапароскопию, ревизию брюшной полости. Осматривают ободочную кишку, брюшину боковых каналов. Появление красителя в просвете ободочной кишке или параколитической гематоме является признаком повреждения внебрюшинного отдела ободочной кишки. У всех 42 больных мы использовали разработанную нами методику. В соответствие с её результатами всех больных можно условно разделить на 3 группы: 1. Больные, у которых во время видеолапароскопии была выявлена забрюшинная гематома, раствор метиленовой сини проникал в просвет восходящей или нисходящей ободочной кишки и распространялся по параободочной клетчатке (5 случаев), что свидетельствовало о повреждении внебрюшинных отделов ободочной кишки. Этим больным после первичной хирургической обработки ран поясничной области, выполнена экстренная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. По ходу поврежденного участка восходящей или нисходящей ободочной кишки рассечена брюшина соответствующего бокового канала над областью гематомы. После опорожнения гематомы выполнена ревизия внебрюшинных участков. В этой группе больных были выполнены следующие оперативные вмешательства: краевая резекция и шов ободочной кишки у 3 больных, обструктивная правосторонняя гемиколэктомия с формированием одноствольной илеостомы выполнена у 1 больного, резекция нисходящей ободочной кишки с формированием отдельной двуствольной колостомы выполнена у 1 больного. 2. Больные, у которых раствор метиленовой сини проникал в брюшную полость, но не было выраженной забрюшинной гематомы и проникновения красителя в просвет кишки (8). У этих больных после первичной хирургической обработки раны поясничной области, была выполнена экстренная лапаротомия и ревизия органов брюшной полости. У 7 из них повреждений внутренних органов живота обнаружено не было, и операция закончилась дренированием брюшной полости. У 1 обнаружена рана левой почки, проникающая в чашечно-лоханочную систему, что потребовало выполнение экстренной нефрэктомии. 3. Больные, у которых при видеолапароскопии не была обнаружена забрюшинная гематома, и не отмечалось проникновение красителя в забрюшинную клетчатку (29). Им производилась первичная хирургическая обработка раны поясничной области, дренирование резиновыми выпускниками. Заключение. Разработанная методика диагностики ранений внебрюшинных отделов позволяет повысить диагностическую ценность видеолапароскопии за счет снижения количества ложноположительных и ложноотрицательных результатов, характерных для обычной диагностической видеолапароскопии и других методов диагностики, что помогает хирургу в выборе правильной тактики хирургического лечения рассматриваемой категории больных.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

56. Стентирование в лечении дисфагии опухолевой этиологии у пациентов старших возрастных групп.

Мизиев И.А., Базиев З.М., Таукенова Л.И., Созаева С.Р.

г.Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им.Бербекова
Х.М.Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

Несмотря на улучшение диагностических возможностей, лечение запущенных форм рака пищевода и кардиоэзофагеального перехода не утратило своей актуальности. По данным различных авторов в 70-80% случаев рак пищевода диагностируется на 3-4 стадиях заболевания, в подавляющем большинстве случаев у лиц старших возрастных групп, когда радикальное лечение уже невозможно. В этих ситуациях на первое место выходит обеспечение достаточного комфорта и достойного качества жизни. Пациентам из старших возрастных групп часто невозможно проведение необходимой в данных клинических ситуациях химиолучевой терапии. Кроме того не секрет, что операция по установке гастростомы несут за собой не меньшие риски, учитывая необходимость общей анестезии, вскрытие полого органа. В ГБУЗ «Онкологический диспансер» МЗ КБР в период 2013-2014 гг. на лечении находились 12 пациентов с диагнозом рак пищевода или кардиоэзофагеального перехода 3-4 стадии. Средний возраст от 65 до 80 лет, как правило сопровождалось неблагоприятным интеркуррентным фоном. У всех пациентов 3 степень дисфагии. Эндоскопическая картина: сужение просвета пищевода до 0,3-0,5см. У данной группы пациентов в качестве разрешения дисфагии мы использовали методику стентирования пищевода нитиноловыми стентами (с антирефлюксными клапанами или без) под комбинированным рентгенэндоскопическим контролем. Применяемая анестезия - местная, при необходимости умеренная внутривенная седация. В своей практике мы использовали при необходимости бужирование пищевода не более чем до 0,5 см, с целью только проведения системы доставки стента. Далее при установке стента происходит равномерное расправление и по нашему мнению более равномерное распределения бужирование просвета до нужного диаметра в течение 24-48 часов. Что также по нашему мнению играет определенную роль и в качестве профилактики миграции стента. Пациенты наблюдались в стационаре в среднем 1 сутки. Через 2 часа мы разрешали пить, через 24 часа есть жидкую пищу (бульоны, картофельное пюре, смеси для энтерального питания и т.д.). Все пациенты по данным на октябрь 2014г. живы. У 1 пациентки стент функционирует 8 месяцев. У 1 пациентки стент перестал функционировать через 7 месяцев. В 1 случае у пациента с первично множественным синхронным раком пищевода и легкого через 6 месяцев выше стента комбинированное рубцовое + опухолевое сужение в связи с распространением процесса выше по пищеводу – произведено рестентирование по типу «стент-в-стент», функционирует удовлетворительно. В 1 случае через 1 неделю после установки стента пациент нарушил режим питания в связи с чем стент мигрировал в желудок. В остальных случаях стенты функционируют в среднем 6 месяцев удовлетворительно. Большинство пациентов отмечают

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

прибавку массы тела в среднем на 1-1,5кг. Выводы: Стентирование пищевода является методом выбора у пациентов старших возрастных групп с высоким операционным риском и выраженной дисфагией опухолевой этиологии, значительно улучшающее качество жизни и социальную адаптацию.

57.СОЧЕТАННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Кулиш В.А., Бочкарева И.В.

г. Краснодар

ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ Минздрава России

Хирургические проблемы лечения острого панкреатита не могут считаться разрешенными. Интенсивная терапия способствует abortивному течению только легких форм острого панкреатита. Цель работы: Улучшить результаты лечения деструктивного панкреатита комплексным применением миниинвазивных оперативных пособий (МОП). Материал и методы: Выполнено 587 миниинвазивных оперативных пособий у 384 больных с деструктивным панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести. Результаты и обсуждение: Под МОП для лечения острого панкреатита понимали обширный спектр хирургического пособий, направленных на лечение местных и общих проявлений, ранних и поздних осложнений заболевания. Миниинвазивные оперативные пособия подразделяли на 4 группы: полостные, чрезорганые, эндоваскулярные, системнокорректирующие. Эндоскопические пособия (ЭП) в первой группе представлены лапароскопическими катетеризацией круглой связки печени, дренированием брюшной полости, дренированием сальниковой сумки, симпатической и парасимпатической блокадами, холецистостомией, оментобурсостомией и торакоскопией с дренированием плевральных полостей. Во второй группе МОП характеризуются большей инвазивностью: ультрасонографическая чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия и микрохолангиостомия; эндоскопические папиллосфинктеротомия, назобиллиарное дренирование, бурсогастростомия, трансгастральное вскрытие абсцесса поджелудочной железы, эндобронхиальная деблокация острых абсцессов легких. В третьей группе эндоскопический вариант бужирования, катетеризации пупочной вены, катетеризация абдоминальной аорты бедренным доступом для регионарной химиотерапии. В ходе выполнения лапароскопии проводилась блокада эфферентных ветвей чревного сплетения, что является

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

препятствием на пути распространения патологических рецепторных влияний на легочноплевральные структуры. Применение системно-корректирующих МОП в комплексе лечения токсемии и полиорганной недостаточности позволяет не допускать развития поздних фаз респираторного дистресс- синдрома и других системных осложнений. Достигнуто снижение уровня поздних осложнений на 40%. В этой группе больных с деструктивным панкреатитом, сравнительно с группой больных, леченных традиционно посиндромно с применением оперативных вмешательств, летальность снизилась вдвое и составила 17,9%. Заключение: Применение ЭП в комплексе с другими МОП способствует решению задачи улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения тяжелых форм острого панкреатита.

58. Методы озонотерапии в комплексном лечении больных с холангиогенной инфекцией

Кулиш В.А., Нарсия В.В.

Краснодар

ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ Минздрава России

Введение. Работа посвящена использованию различных способов лечения билиарной обструкции в сочетании с применением методов озонотерапии, для улучшения результатов лечения больных с холангиогенной инфекцией. Цель Повышение качества лечения больных с деструктивным холециститом осложненным острым холангитом с применением нескольких способов эндобилиарной озонотерапии: предоперационной, эндоскопической, интраоперационной и послеоперационной. Материалы и методы Оперировано 89 больных с деструктивным холециститом и острым холангитом. Для диагностики патологии внепеченочных желчных протоков и холангита использовались клиничко-лабораторные и специальные инструментальные методы исследования. Особые сложности в диагностике острого холангита возникали при субклинических формах, когда клиническая картина была не выражена. В периферической крови в большинстве случаев выявлялся лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличивается СОЭ. Среди лабораторных методов наибольшее значение имело определение уровня свободного и связанного билирубина, ферментов крови, что позволяло отличить паренхиматозную желтуху от механической, выявить степень повреждения гепатоцитов и функциональную способность печени. Всем больным с механической желтухой было произведено УЗИ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ),

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

эндоскопическая папилосфинктеротомия(ЭПСТ). Результаты ЭРПХГ является наиболее информативным методом исследования желчных путей В 28,4% случаях ЭРПХГ с вмешательством на БДС и терминальном отделе холедоха носили экстренный характер, что было обусловлено нарастанием явлений эндотоксикоза вследствие механической желтухи и гнойного холангита. Алгоритм лечения больных с острым холангитом включал не только сочетание ЭРХПГ и ЭПСТ но и литоэкстракцию с назобиллиарным дренированием. При невозможности проведения назобиллиарного дренажа больные оперированы лапароскопически с наружным дренированием поХалстеду-Пиковскому. В послеоперационном периоде применяли местную методику лечения холангита путем введения в желчевыводящие пути озонированным физиологическим раствором, через назобиллиарный дренаж или через наружный дренаж холедоха -один раз в сутки по 50 - 60 мл в течении 3-6 дней. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся на основании клинико-лабораторных данных и динамики бактериохоллии. Сравнивая результаты местного лечения гнойного холангита растворами антисептиков и озонированными растворами, становлено, что бактериальная обсемененность желчи снижается до уровня менее 10^5 в 1 мл желчи у больных после местной озонотерапии в среднем на 2 + 0,5 дня быстрее, чем при традиционных методах санации. Для купирования проявлений тяжелого эндотоксикоза, связанного с механической желтухой, гнойным холангитом и печеночной недостаточностью, проводились внутривенные инфузии озонированного раствора. Полученные результаты указывают на высокий детоксикационный эффект в/в инфузий озонсодержащих растворов, что подтверждает имеющиеся литературные данные. Озонирование, с одной стороны, усиливает перекисное окисление липидов, но, с другой стороны, стимулирует внутриклеточный синтез антиоксидантов. Это дает возможность клетке осуществлять для энергетических целей не только внутримитохондриальное, но и немитохондриальное окисление жирных кислот. На субклеточном уровне озонотерапия может характеризоваться как один из эффективных способов поддержания энергетического гомеостаза организма. Использование этих методов лечения сокращает выраженность синдрома печеночной недостаточности. В 1,6 - 2 раза быстрее снижается уровень показателей эндотоксикоза, на 30% уменьшается частота гнойных осложнений и в 1,4 раза - послеоперационная летальность. Выводы Применение современных эндоскопических методов лечения биллиарной обструкции в сочетании с применением методов озонотерапии (местной и общей) является высокоэффективным лечебно-диагностическим комплексом при остром холангите у больных с синдромом механической желтухи, позволяющим значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

59. Лапароскопическая герниопластика. Причины рецидивов и способы их коррекции.

Аболмасов А.В., Свешников Е.И.

Орел

1) Плещеевская ЦРБ, 2) Орловская областная больница.

Лапароскопическая герниопластика является основным методом лечения паховых и вентральных грыж в нашем отделении начиная с 1996 года. С 2005 года все операции в обязательном порядке записывались на DVD и HD. За этот период выполнено более 1000 операций, из них 85% методом ТАПП и 15% методом ТЭП. По данным видеорегистрации проведен ретроспективный анализ причин возникновения рецидива у больных, повторно обратившихся в нашу больницу для оперативного лечения. Просмотрены видеозаписи 6 операций, из них 3 экстраперитонеальной герниопластики (ТЭП) и 3 – ТАПП, после которых диагностированы рецидивы. При просмотре записей операций ТЭП было установлено, что все рецидивы наблюдались у пациентов с косыми грыжами и диаметром грыжевых ворот более 3 см. Во всех наблюдениях использовался полипропиленовый сетчатый протез “Линтекс” 8 см. на 10 см. У всех больных выполнялась механическая фиксация протеза герниостеплером “Гера” в 3-ех точках: верхнем наружном, верхнем внутреннем углах, на 1-2 см. выше Куперовой связки. Выводы: во всех случаях причина рецидива – смещение (подворот) нижнего края протеза в следствии недостаточной мобилизация тканей предбрюшинного пространства, неправильное позиционирование и малый размер протеза. Всем больным с рецидивом паховой грыжи была выполнена лапароскопическая ТАПП герниопластика без удаления старого протеза. При просмотре записей операций ТАПП: рецидивы наблюдались у 2 пациентов с косыми грыжами и диаметром грыжевых ворот более 3 см., у одного больного с прямой грыжей и размером ворот 2 см. Во всех наблюдениях, как и в предыдущей группе использовался полипропиленовый сетчатый протез “Линтекс” 8 см. на 10 см. Протез механически фиксировался герниостеплером “Гера” в 3-ех точках: верхнем наружном, верхнем внутреннем углах, на 1-2 см. выше Куперовой связки. Установлено, что у 2 больных причиной рецидива стало «сморщивание» протеза и его смещение в медиальном направлении. У одного больного грыжевой дефект появился в проекции медиальной паховой ямки, сетчатый протез при этом сместился за счет эффекта «сморщивания» в латеральном направлении. Выводы: во всех случаях причиной рецидива стал малый размер сетчатого протеза. Всем больным была повторно выполнена лапароскопическая ТАПП герниопластика без иссечения старого протеза путем добавления нового отрезка, необходимого для закрытия дефекта. Заключение: основной причиной рецидивов лапароскопической ТЭП и ТАПП операций является размер сетчатого протеза. Во всех случаях необходимо было использовать сетку размерами не менее 10 на 15 см. При анализе размеров оставшегося протеза и величины нового дефекта, а так же расстояния от оставшегося протеза до нового дефекта было видно, что фиксация протеза не имеет решающей роли в предотвращении смещения.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

60. Лапароскопическая донорская нефрэктомия с трансвагинальной экстракцией органа

Д.В.Перлин (1,2), И.В.Александров (1,2), А.Д.Сапожников (1,2),
В.П.Зипунников (1), А.Ю.Николаев (1)

Волжский

1)ГБУЗ ВОУНЦ,2)ВолГМУ

Лапароскопическая донорская нефрэктомия (ЛДН) быстро завоевала популярность и стала стандартом в выполнении донорской нефрэктомии в многих клиниках. Многочисленными исследованиями было показана одинаковая выживаемость почечных трансплантатов полученных методом открытой и лапароскопической хирургии. ЛДН выполняется при помощи инструментов проведенных через небольшие проколы, однако для экстракции органа необходим дополнительный 5-6 сантиметровой разрез. В сообщении приводится собственный опыт выполнения лапароскопической донорской нефрэктомии с трансвагинальным извлечением почечного трансплантата. С 2012 г. было прооперировано три пациентки, средний возраст составил 49 лет, средний индекс ВМІ составил 27.4. Операции выполнялись по стандартной методике трансабдоминальным доступом, извлечение почки осуществлялось трансвагинальным способом через разрез заднего свода влагалища. В двух случаях были выполнены левосторонние нефрэктомии, в одном случае была изъята правая почка. Кольпотомический разрез ушивали лапароскопическим методом. Все операции были выполнены эндоскопически, конверсий не производили. Средняя продолжительность операций составила 240 мин., объем кровопотери составил 140 мл., продолжительность тепловой ишемии составила 7.3 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средняя продолжительность госпитализации 7.3 дней. ЛДН с трансвагинальной экстракцией органа является безопасным методом донорской нефрэктомии. Преимуществами метода являются отсутствие болей в раннем послеоперационном периоде, быстрое восстановление физической активности, прекрасный косметический и функциональный эффект по сравнению со стандартной лапароскопической нефрэктомией. Тем не менее, необходима тщательная селекция женщин-доноров для выполнения подобных операций.

61.Выполнение лапароскопической радикальной нефрэктомии с тромбэктомией из нижней полой вены

Д.В.Перлин (1,2), И.В.Александров (1,2), А.Д.Сапожников (1,2), В.П.Зипунников (1), А.Ю.Николаев (1)

Волжский

1) ГБУЗ ВОУНЦ 2) ВолГМУ

Лапароскопическая радикальная нефрэктомия (ЛРН) в настоящее время является "золотым" стандартом в лечении локализованного рака почки. Доказана безопасность выполнения ЛДН при опухолевых тромбах в почечной вене. Появляются сообщения о возможности выполнения эндоскопической нефрэктомии при распространении опухолевого тромба в нижней полой вене. В ГБУЗ ВОУНЦ было прооперировано три пациента со злокачественным новообразованием правой почки с опухолевым тромбом в подпеченочном отделе НПВ. Оперативное вмешательства выполнялись трансперитонеальным доступом в положении пациента на левом боку. После лигирования правой почечной артерии в аортокавальном промежутке, выделяли НПВ и часть левой почечной вены. Затем под левую почечную вену и нижнюю поую вену ниже и выше уровня тромба проводили турникеты. После пережатия просвета НПВ и левой почечной вены вскрывали стенку НПВ, тромб извлекался, выполнялось иссечение устья правой почечной вены. Дефект ушивали при помощи непрерывного шва нитью из полипропилена. Все пациенты были прооперированы лапароскопическим доступом, конверсий не производилось. Средняя продолжительность операции составила 265 минут, средний объем кровопотери составил 315 мл. послеоперационный период протекал гладко. Средний период наблюдения составил 13 месяцев, признаков локального рецидива или отдаленных метастазов не выявлено. Выполнение лапароскопической радикальной нефрэктомии с тромбэктомией из НПВ возможно у тщательно подобранных пациентов. Необходимы большее количество пациентов и длительный период наблюдения для оценки онкологической безопасности нового подхода.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

62. Осложненный холецистит у гериатрических больных: как изменить ситуацию?

Профессора Луцевич О.Э., Галлямов Э.А. и Вторенко В.И., к.м.н. Гордеев С.А., Прохоров Ю.А., Розумный А.П.

Москва

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО МГМСУ им.А.И.Евдокимова, МК ЦЭЛТ

Больные острым холециститом и его осложненными формами составляют от 7 до 20 % общего числа больных с острой хирургической патологией. Среди них пациенты пожилого и старческого возраста составляют 42-53%, и этот показатель имеет тенденцию к постоянному росту. До настоящего времени активно-выжидательная тактика и паллиативные дренирующие операции при остром холецистите у больных пожилого (а тем более старческого) возраста остаются наиболее часто используемыми, а вопрос о наличии необратимых деструктивных изменений в желчном пузыре у конкретного больного является ключевым моментом при принятии решения о сроках и видах оперативного лечения. В то же время результаты лечения осложненных форм острого холецистита в этой группе больных малоутешительны, что обусловлено возрастом, наличием тяжелой сопутствующей патологии, низкой сопротивляемостью организма операционной травме и т.д. Мы располагаем опытом лечения более 8500 больных ЖКБ, в том числе с осложненными формами ее, которым с 1991 по 2014 г.г. в плановом и экстренном порядке были выполнены различные эндоскопические и эндовидеохирургические вмешательства. Пациенты пожилого и старческого возраста составили 47,3%, осложненное течение заболевания отмечено у трети больных. В послеоперационном периоде умерла 1 больная 73 лет, причиной смерти явился панкреонекроз после ЭРПХГ. Такой большой и многолетний опыт применения современных малотравматичных эндоскопических методик позволяет по-новому взглянуть на проблему хирургического лечения осложненного холецистита у пожилых больных, отстаивая три принципиальные позиции. Во-первых, необходима планомерная санация пациентов-«каменосителей» в «холодном» периоде с объяснением потенциальных опасностей существования с камнями в желчном пузыре. Данную работу – можно назвать ее санитарно-просветительной – необходимо проводить на всех этапах оказания медицинских услуг – от момента амбулаторной диагностики (постановка диагноза желчно-каменной болезни) до стационарного лечения больных с ЖКБ. Как известно, «безопасных камней не бывает...», и лечить болезнь, имея в арсенале современные малоинвазивные технологии, проще до развития тяжелых осложнений. Во-вторых, следует признать «активно-выжидательную» тактику при осложненной ЖКБ, определяющей стремление перевести больного в состояние «хронического холецистита», ошибочной. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что деструктивные холециститы лучше всего оперировать в первые 2-3 дня от начала приступа, когда еще отсутствуют выраженные инфильтративно-индуриативные изменения тканей желчного пузыря, гепато-дуоденальной связки и окружающих

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

органов, а имеющийся рыхлый отек еще позволяет (а порой и помогает!) дифференцировать анатомические структуры в зоне вмешательства. Консервативная терапия в подавляющем большинстве случаев приводит к двум результатам: 1) оказывается неэффективной, деструктивные изменения желчного пузыря прогрессируют, и спустя несколько дней приходится оперировать тяжелый перитонит; 2) субъективно терапия имеет положительный эффект, острые симптомы уходят, а при так называемой «плановой» операции через 2-4 недели хирург сталкивается с плотным инфильтратом и нарушенной (а порой и совершенно непонятной!), анатомией гепато-дуоденальной зоны, развившейся в результате тлеющего хронического воспаления. Как следствие – тяжелые ятрогенные повреждения протоков и сосудов, конверсия в открытое вмешательство, большое число послеоперационных осложнений и высокая летальность. Это относится и к декомпрессионным малоинвазивным вмешательствам при деструктивных холециститах (холецистостомам) – ведь некрозы стенки пузыря никуда не уходят, они лишь поддерживают воспаление, способствуя формированию перивезикальных абсцессов, прогрессированию хронической гнойной интоксикации пациентов и снижая их шансы на выздоровление. В-третьих, операции при осложненном течении ЖКБ не должны рассматриваться хирургом как простые вмешательства, которые может выполнить по дежурству даже врач с небольшим практическим опытом лапароскопической хирургии. Типичная ошибка больших скоропомощных стационаров, где все оперируют всё: хирург с небольшим опытом лапароскопии пытается выполнить холецистэктомию у больного с деструктивным холециститом в условиях плотного перивезикального инфильтрата. 2-3 часа операции с кровопотерей 1-1,5 л, последующая лапаротомия на 1-1,5 часа с кровопотерей еще 0,5-1 л.. В итоге: 3-4 часа наркоза и 2-2,5 л крови... Надо иметь очень крепкое здоровье, чтобы так лечиться... Вывод напрашивается сам: таких больных должен оперировать только хирург с большим опытом разнообразных лапароскопических вмешательств, владеющий всеми мануальными навыками и современными лапароскопическими инструментами, и (обязательно!) в условиях хорошо оснащенной операционной. Таким образом, предлагаемые изменения в концепции хирургического лечения осложненного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет радикально снизить число осложнений и неблагоприятных исходов в этой тяжелой категории больных.

63. Ликвидация остаточной полости после лапароскопически ассистированной эхинококкэктомии

Одишелашвили Г.Д., Кучин Ю.В., Пахнов Д.В.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Астрахань

Астраханский государственный медицинский университет

Хирургическое вмешательство является основным видом лечения эхинококкоза печени. Вместе с тем в последнее десятилетие традиционному оперативному методу лечения больных с данной патологией появилась альтернатива, основанная на малоинвазивных технологиях, включающих в себя как лапароскопические вмешательства, так и чрескожную пункционно-аспирационную эхинококкэктомия под ультразвуковым наведением. Радикальность хирургического вмешательства напрямую связана с полнотой ликвидации остаточной полости. В связи с этим работы направленные на разработку новых способов и усовершенствование уже применяемых методов лечения заболевания с использованием инновационных медицинских технологий являются актуальными. Нами в эксперименте на 7 кроликах был разработан способ облитерации остаточных полостей (Заявка на изобретение № 2012130663 от 15 января 2014 года, получена приоритетная справка). Проведенные исследования показали, что полная облитерация остаточных полостей после применения разработанного способа наступает от 10 до 14 суток после операции. Хирургическому лечению подверглись 123 больных. При хирургических вмешательствах производили цистэктомия - 8 (6,5%), закрытую эхинококкэктомия - 35 (28,4%), открытую эхинококкэктомия - 33 (26,8%), резекцию пораженной части печени - 4 (3,2%), правостороннюю гемигепатэктомия - 1 (0,8%), резекция левой доли печени - 2 (1,6%), марсупиализацию - 30 (24,3%), лапароскопически-ассистированным способом - 10 (8,1%). В выборе метода оперативного вмешательства так же подходили дифференцированно. Показанием к дренирующим операциям как открытым, так и лапароскопическим были осложненные большие и гигантские эхинококковые кисты, внутрипеченочно расположенные солитарные эхинококковые кисты неправильной формы, невозможность устранения остаточной полости во время операции, ввиду технических трудностей и опасностью повреждения важных анатомических структур печени. Недостатками данного вида операции являются длительное закрытие остаточной полости кисты, возникновение гнойных и желчных свищей. Разработанная методика облитерации остаточной полости была применена у 25 больных. У 15-и больных эта методика использована при открытой эхинококкэктомии и у 10-и - лапароскопически-ассистированным способом. Дренирование остаточной полости производили полихлорвиниловой трубкой 24-27 Fr с боковыми отверстиями. В послеоперационном периоде ежедневно дважды промывали полость кисты сначала водным раствором хлоргексидина 0,05%, а затем препаратом повидон-йод 10% (Бетадин). Затем дренажная трубка пережималась на 30 минут, причем процедуру выполняли до полной ликвидации полости кисты. Дренажная трубка удалялась после полной облитерации остаточной полости в среднем через 10 – 15 дней после операции. Контроль за процессом облитерации производили с использованием УЗТ и КТ. Сравнение результатов лечения больных с применением непараметрического критерия Манна-Уитни показало, что в этой группе пациентов, облитерация полостей статистически достоверно происходит в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

более короткие сроки, чем в контрольной ($p < 0,001$). Выводы: 1. Выбор метода оперативного вмешательства при эхинококкозе печени должен осуществляться дифференцировано и индивидуально. 2. Использование предложенного способа приводит к минимальной кровопотери как во время операции, так и после нее и позволяет отказаться от применения кровезаменителей, что приводит к уменьшению травматичности самой операции и способствует сокращению послеоперационного койко-дня. 4. Бетадин как лекарственный препарат для облитерации остаточной полости оказывает стимулирующее действие на образование соединительной ткани в остаточной полости, не вызывая гепатотоксического действия и не имеет побочных эффектов. 5. Предложенная методика облитерации остаточных полостей может быть использована как при полостных и при лапароскопических операциях, так и при чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под ультразвуковым наведением. >

64. Минигастрошунтирование у больных сахарным диабетом 2 типа с индексом массы тела менее 35 кг/м²

Цветков Б.Ю., Иванов С.А., Мешков С.В., Кричмар А.М.

Самара

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина

Эффект ремиссии сахарного диабета (СД) 2 типа у пациентов с морбидным ожирением часто наблюдается после бариатрических операций. Имеются сообщения, что у больных, перенесших желудочное шунтирование, ремиссия СД после операции происходит быстро, и часто опережает потерю веса. В последние годы в литературе обсуждается вопрос применения этих операций у больных СД 2 типа с индексом массы тела (ИМТ) составляющим от 30 кг/м² и более, поскольку существует предположение, что и у пациентов с СД 2 типа, не страдающих морбидным ожирением, можно добиться стойкого снижения гликемии в результате желудочного шунтирования. Методы. С сентября 2012 года по сентябрь 2014 года в СОКБ им. М.И. Калинина 26 больным выполнены лапароскопические вмешательства минигастрошунтирования по поводу сахарного диабета 2 типа. Из них 11 пациентов наблюдаются более 1 года. Проведен анализ клинических и лабораторных показателей углеводного и липидного обмена у этих пациентов, показатели, связанные с диабетом были изучены до операции и через 2 года после хирургического лечения. Средний ИМТ уменьшился на 30-60% от исходного в течение первого года

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

после операции и далее остался на одном уровне. Средний уровень гликированного гемоглобина в 96% наблюдений составил менее 6 ммоль/л, С-пептида – 1,2 ммоль/л. Отмечена нормализация уровня глюкозы плазмы крови натощак и снижение уровня глюкозы менее 10 ммоль/л при сахарной нагрузке. В результате применения минигастрошунтирования у пациентов с отсутствием морбидного ожирения, страдающих СД 2 типа, удалось получить эффект ремиссии заболевания в 96% наблюдений, однако необходимо последующее изучение эффекта операции.

65. Торакоскопическое ушивание разрыва диафрагмы

Смоляр А.Н.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, кафедра неотложной и общей хирургии РМАПО

Разрыв диафрагмы встречается у 0,8-1,6% пострадавших с закрытой травмой. Опубликованы единичные наблюдения ушивания разрыва диафрагмы с использованием видеоассистированной миниторакотомии, лапароскопии или торакоскопии. В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского торакоскопическое ушивание разрыва диафрагмы выполнили двум пострадавшим – мужчинам 33 и 58 лет. Оба получили тяжелую сочетанную травму (черепно-мозговую, груди и таза) в дорожно-транспортном происшествии и были госпитализированы в реанимационное отделение института, первый – через час после травмы, второй - переводом из другого лечебного учреждения через 24 часа после травмы. Диагноз разрыва диафрагмы в обоих наблюдениях был заподозрен на основании клинической картины и подтвержден при инструментальном обследовании. У пострадавшего с разрывом правой половины диафрагмы при УЗИ обнаружен ее дефект с частичным перемещением правой доли печени в правую плевральную полость. При оценке серии рентгенограмм груди выявлено постепенное смещение диафрагмы каудально с уровня переднего отрезка VI ребра до III-го. Разрыв левой половины диафрагмы верифицирован при КТ груди и живота, на которой обнаружено смещение поперечной ободочной кишки, желудка и большого сальника до уровня ThIII. Сразу после установления диагноза пострадавшие были оперированы в положении на здоровом боку под интубационным наркозом с отдельной вентиляцией легких. Безопасную точку введения первого, 10-мм троакара (IV м/р по правой передне-подмышечной линии и V м/р по левой средне-подмышечной линии соответственно) выбирали, основываясь на

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

инструментальных данных о расположении дислоцированных органов. Троякар вводили под визуальным контролем. Точки для введения двух 10-мм рабочих троакаров определяли после осмотра плевральной полости, с учетом локализации разрыва диафрагмы. Разрыв правой половины диафрагмы размерами 8x6 см был в косо-сагиттальной плоскости от границы мышечной части и сухожильного центра до перикарда, разрыв левой половины диафрагмы – 12x4 см в передне-заднем направлении от середины до заднего ската. Дополнительные троакары были установлены в V м/р по средне-ключичной, VI м/р по задне-подмышечной линии справа и в VIII м/р между лопаточной и задне-подмышечной линиями, в VII м/р между передне-подмышечной и парастернальной линиями слева. Низведение печени произвели с помощью эндоскопического веерного ретрактора, сальника и ободочной кишки – двух эндоскопических кишечных зажимов. Разрыв диафрагмы ушит отдельными швами нитью Surgidac USP 0 инструментом EndoStitch с экстракорпоральной вязкой узлов. Плевральная полость дренирована трубками, выведенными через проколы для троакаров. Суммарная кровопотеря в обоих наблюдениях составила 200 мл, время операции не превысило 90 минут. Больные были экстубированы в течение первых часов после операции. Течение послеоперационного периода у обоих пострадавших гладкое. Данные наблюдения демонстрируют возможность торакоскопического ушивания разрыва диафрагмы у пострадавших с сочетанной травмой и технические особенности операции.

66. Миниинвазивное лечение экссудативного перикардита

Смоляр А.Н. (1, 2), Радченко Ю.А. (1)

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (1), кафедра неотложной и общей хирургии РМАПО (2)

Миниинвазивные методы находят все большее применение в комплексном лечении экссудативного перикардита различной этиологии. Однако показания к консервативной терапии, пункционно-дренирующим и торакоскопическим операциям еще не разработаны. В 2013-2014 году в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского находились на лечении 13 больных экссудативным перикардитом. Женщин было 10 (76,9%), мужчин – 3 (23,1%), средний возраст составил 55 лет. Время от начала заболевания или ухудшения состояния до госпитализации колебалось от одной недели до 5 лет. Диагноз устанавливали на основании клинической картины,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

подтвердили при ЭХО-КГ (13 больных) и КТ груди (11 больных). ЭХО-КГ позволила приблизительно оценить количество жидкости в полости перикарда, обнаружить неоднородность выпота, измерить толщину листков перикарда, определить анатомические и функциональные характеристики сердца. При КТ уточняли количество и качество жидкости в полости перикарда, состояние легких и средостения. Восемью больным проводили консервативную терапию, из них пяти – в НИИ скорой помощи, а трем – в других лечебных учреждениях. У семерых она включала в себя комбинацию преднизолона 60 мг/сут и диклофенака натрия 150 мг/сут одновременно или последовательно в течение 7-14 дней, а также диуретик. Еще у одной больной с подозрением на лимфогранулематоз консервативную терапию (без применения преднизолона) сочетали с биопсией лимфатического узла, подтвердившей диагноз. У пяти больных, пролеченных в институте, контрольные ультразвуковые исследования, которые выполняли один раз в 7-10 дней, показали постепенное уменьшение количества жидкости в полости перикарда. Четверо из них были выписаны на амбулаторное долечивание, а больная лимфогранулематозом переведена в профильный стационар. Среднее время госпитализации составило 24 дня. Отсутствие эффекта от лечения экссудативного перикардита у трех больных в других учреждениях в течение 4, 6 и 24 месяцев послужило показанием к госпитализации в НИИ скорой помощи. Следует отметить, что двум из них (с давностью заболевания 4 и 6 месяцев) были выполнены пункция и дренирование полости перикарда (два и один раз соответственно). Двум больным пункцию или дренирование перикарда выполнили в НИИ скорой помощи. Вкол иглы в обоих наблюдениях осуществили под местной анестезией в точке Ларрея. Пункцию под рентгенотелевизионным контролем с диагностической и лечебной целью произвели больной раком восходящей ободочной кишки T4NxM0. Эвакуировали 300 мл серозной жидкости. Атипичных клеток в удаленной жидкости при цитологическом исследовании не обнаружили. Больная на вторые сутки переведена для оперативного лечения рака ободочной кишки в профильный стационар. Дренирование перикарда выполнили по методике Сельдингера под контролем УЗИ. Показанием к ней была тампонада сердца у больной нерезектабельным центральным раком правого легкого T4N2M1. По катетеру PigTail 9Fr (Balton Ltd) одномоментно получено 1100 мл геморрагической жидкости, затем, в течение суток еще 900 мл, после чего выделение жидкости прекратилось. Дренаж был удален на третьи сутки и, после проведения курса противовоспалительной и диуретической терапии больная на 13-е сутки выписана под наблюдение онколога. При цитологическом исследовании пунктата в этом наблюдении атипичные клетки также не были обнаружены. Шести больным выполнили видеоторакоскопию (ВТС). Показанием к операции у трех, о которых было сказано ранее, служила неэффективность длительной консервативной терапии в сочетании с пункцией или дренированием полости перикарда у двоих. Еще у трех больных, кроме выпота в полости перикарда при обследовании была обнаружена медиастинальная лимфаденопатия, опухоль средостения и очаговые изменения легких. Целью операции у них была не только декомпрессия сердца, но и получение материала для гистологического исследования и уточнения диагноза. ВТС выполняли под эндотрахеальным наркозом с отдельной вентиляцией легких в положении

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

на боку. У больных перикардитом ВТС выполняли слева, при сочетании двух заболеваний сторону ВТС (слева у двух больных и справа у одной) определяли исходя из локализации патологического процесса. У трех больных перикардитом первый троакар вводили в V м/р по средне- или задне-подмышечной линии, у трех больных, которым планировали одномоментную операцию на легком и средостении, точку введения первого троакара выбирали исходя из данных КТ, в том числе с 3D-реконструкцией. В двух наблюдениях была выбрана типичная точка, в одном (опухоль заднего средостения, прилежащая к верхней полой вене) – атипичная, в VII м/р по правой средне-подмышечной линии. Количество и точки введения рабочих троакаров определяли после осмотра плевральной полости. Для гистологического исследования иссекали наиболее измененный участок перикарда, фенестрацию выполняли, иссекая фрагмент перикарда примерными размерами 4x1 см кзади и параллельно диафрагмальному нерву. Удаленную из перикарда жидкость (от 200 до 1200 мл) направляли на цитологическое исследование, которое ни в одном наблюдении не выявило атипичных клеток. Гистологическое исследование позволило поставить диагноз трем больным с сочетанием двух заболеваний: лимфогранулематоз, злокачественная параганглиома, аденокарцинома легкого. Операцию заканчивали дренированием плевральной полости через проколы для троакаров и расправлением легкого под визуальным контролем. После операции проводили курс парентерального введения диклофенака натрия в дозе 150 мг/сут. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений, среднее время госпитализации составило 28 дней. Таким образом, ВТС является эффективным методом лечения экссудативного перикардита. ВТС показана больным экссудативным перикардитом при неэффективности консервативной терапии в сочетании с пункцией или дренированием полости перикарда, а также при сопутствующем заболевании легких или средостения, требующим морфологической верификации. В качестве диагностического мероприятия, при безуспешности консервативной терапии или при тампонаде сердца возможно выполнение пункции или дренирования перикарда под рентгенотелевизионным или эхографическим контролем.

67. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОПРОТЕЗА У БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Чайкин Д.А.

Красноярск

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Кафедра хирургических болезней им. проф. А. М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО;ООО Центр эндохирургических технологий

Актуальность исследования. Оперативные вмешательства при паховых грыжах в структуре плановых операций относятся к наиболее частым. Достаточно сказать, что в РФ ежегодно производится 500 тысяч грыжесечений, в США 700 тысяч, в Европе до 1 миллиона. В развитых странах около 25% операций проводится лапароскопическим доступом. Ведущие герниологи как в России, так и за рубежом считают, что в дальнейшем изучении нуждаются не только технические аспекты операций и особенности различных способов имплантации сеток, но и отдаленные результаты паховых герниопластик для выявления наиболее эффективных способов хирургического вмешательства, как с медицинских, так и с социально-экономических позиций. Большинство пациентов с паховыми грыжами заинтересованы в хорошем косметическом результате и максимально быстрой реабилитации. Одним из современных направлений исследований в паховой герниопластике является выбор доступа и конструкции герниосистемы. В настоящее время продолжается поиск новых материалов для герниопластики. При этом исследователи, в основном, ставят перед собой две цели. Первая, разработка эндопротезов с противоспаечными свойствами для установки в интраабдоминальную позицию. Вторая, поиск материалов, которые обладают свойствами более прочно фиксироваться в окружающих тканях для применения у пациентов с рецидивными грыжами и синдромом диссоциации соединительной ткани. Цель исследования. Оценка непосредственных результатов лапароскопической герниопластики паховых грыж с применением комбинированного эндопротеза. Задачи исследования. 1) Оценить клинические результаты эндовидеоскопической герниопластики с помощью полипропиленового эндопротеза и имплантации комбинированной конструкции (полипропиленовая сетка + коллаген-хитозановая пластина); 2) Провести оценку предложенного варианта герниопластики на основании динамического УЗИ тканей в области операции. Материалы и методы исследования. Мы вели 2 группы пациентов: I группа - 30 больных паховыми грыжами, оперированных лапароскопически с применением полипропиленовой сетки в качестве имплантата; II группа - 10 больных, перенесших подобную операцию с применением сетки в сочетании с коллаген-хитозановым раневым покрытием. Целью такого комбинирования была модуляция воспалительной реакции и симуляция регенерации тканей в области эндопротеза. Все операции выполнены под перидуральной анестезией при спонтанном дыхании. Операции проведены на видеоконференции «OLYMPUS». В качестве имплантата применяли полипропиленовые сетки «Эсфил легкий» (Линтекс) 6,0*11,0 см и 7,5*15,0 см. Предварительное ушивание грыжевых ворот не производили, так как считаем, что это противоречит принципам ненапряжной протезирующей герниопластики. Фиксировали имплантат и восстанавливали целостность брюшины эндогерниостеплерами «ProTack» (Covidien). Оценка результатов проводилась по трем направлениям: 1) Клинически (продолжительность операции, продолжительность госпитализации, наличие

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационных осложнений, рецидивов). 2) УЗИ-контроль области хирургического вмешательства на 7 сутки. Результаты исследования. Средний возраст больных составил 55 лет (от 17 до 80). Большая часть оперированных – мужчины (35 - 87,5%). Из прооперированных 25 грыж были косые (62,5%), 15 – прямые (37,5%). Так же пахово-мошоночные 5 (12,5%). Скользящие (мочевой пузырь) – 1 (2,5%). Рецидивных было 4 (10%). Мы использовали две классификации: Nyhus и Schumpelick. Диаметр грыжевых ворот непосредственно визуализируется при ТАРР, поэтому классификация по V. Schumpelick удобна для применения в эндовидеохирургии. Стоит отметить, что I и II группы пациентов были сравнимы по клиническим характеристикам грыж. По классификации Nyhus большинство грыж относились к IIIа стадии и II стадии – по 14 пациентов (по 34%). Меньше всего IV стадии – 4 человека (10%). По классификации Schumpelick нам встретились грыжи II и III стадии. Больше число грыж относились к II стадии по Schumpelick (диаметр грыжевых ворот от 1,5 до 3 см) - 25 человек (63%). Больных с грыжами III стадии было 15 (37%). Средняя продолжительность операции составила: I группа - 24,5±5,7 минуты, II группа – 26,9±4,7. Достоверных различий по продолжительности операции в двух группах нет, а это означает, что добавление КХ-конструкции не привело к увеличению времени операции. Средний койко-день: I группа – 1,2±0,4, II группа – 1,4±0,7. Как мы видим, при добавлении коллаген-хитозана не происходило увеличения средней продолжительности госпитализации в стационаре. У пациентов обеих групп в послеоперационном периоде были выявлены гематомы, при этом под субклиническими гематомами, мы понимаем гематомы, выявленные на УЗИ, не проявлявшие себя клинически и не потребовавшие лечения. Достоверных различий по количеству гематом не обнаружено: в I первой группе была 1 гематома (3,3%). Пролечена с помощью пункции. И 3 субклинические гематомы (10%) не потребовавших лечения. Во II группе было 2 субклинические гематомы (6,6%). В то же время при использовании комбинированного эндопротеза толщина воспалительного инфильтрата на 7 сутки была в 2 раза меньше (1,2±0,4 в сравнении с 0,6±0,3). Дело в том, что в месте имплантации коллаген-хитозанового покрытия процесс неспецифического воспаления протекает интенсивнее, а значит быстрее происходит формирование прочной рубцовой ткани, которая служит каркасом для укрепления брюшной стенки. Конверсий не было. Рецидивов не зафиксировано. Выводы. Разумеется, исследование столь малой выборки не дает нам право заявлять о высокой степени достоверности полученных результатов. Однако, сравнение данных УЗИ по двум группам пациентов позволяет сделать вывод о том, что сочетание полипропиленовой сетки с коллаген-хитозаном оказалось более благоприятным для имплантирования. Полученные данные позволяют предположить модулирующее влияние имплантации комбинированной конструкции на воспалительную реакцию тканей.

68. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ

Чайкин Д.А.

Красноярск

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Кафедра хирургических болезней им. проф. А. М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО;ООО Центр эндохирургических технологий

Актуальность. Оперативные вмешательства при паховых грыжах в структуре плановых операций относятся к наиболее частым. Достаточно сказать, что в РФ ежегодно производится 500 тысяч грыжесечений, в США 700 тысяч, в Европе до 1 миллиона. В развитых странах более 50% операций проводятся лапароскопическим доступом. Основным методом современной герниологии является ненатяжная протезирующая герниопластика, для паховых грыж обоснованная Лихтенштейном. Доставка протеза может осуществляться как эндовидеохирургически, так и паховым открытым доступом. Цель. Оценить результаты лапароскопической герниопластики пахово-мошоночных грыж. Материалы и методы. С 2003 по 2010 год в Центре эндохирургических технологий произведено 428 лапароскопических трансперитонеальных предбрюшинных герниопластик. Из них мужчин 381(89%), женщин 47(11%). Больных с двухсторонними грыжами было 39 (9%), рецидивными 64 (15%), пахово-мошоночными 51 (12%). Все операции выполнены под перидуральной анестезией при спонтанном дыхании. Операции проведены на видеокомплексе «Olimpus», использовались эндогерниостеплеры «Auto suture» и «Гера-5» (Томск). В качестве имплантата применяли полипропиленовые сетки «Пролен» 6,0*11,0 см и 7,5*15,0 см. Результаты исследования. В 2003г. зафиксировано 4 (0,9%) случая рецидива. При повторных лапароскопических операциях обнаружена несостоятельность в нижнемедиальном углу трансплантата (отрыв от надкостницы). Грыжевой дефект закрыт сеткой без удаления первичного импланта. В последующем мы видоизменили стандартную технологию и стали применять одновременно два вида герниостеплеров. Для плотных тканей (надкостница) использовали степлер «Гера-5» с спиралевидными фиксаторами, а для фиксации к мышцам и восстановления брюшины степлер «Auto suture». При такой фиксации сетки рецидивов не наблюдалось. В 2003г. отмечен случай спаечной кишечной непроходимости, обусловленной сращением сетки с петлей тонкой кишки. Для предотвращения таких осложнений необходимо тщательно восстанавливать целостность брюшины при сниженном до 6 мм ртутного столба давлении в брюшной полости. Наиболее частым осложнением, выявленным у 12 пациентов (2,8%) являются серомы и гематомы пахово-мошоночной области. Из них 4 были у пациентов с паховыми грыжами, 8 – у пациентов с пахово-мошоночными. По нашему мнению частота гематом не зависит от наличия дренирования мошонки. Все случаи

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

данного осложнения излечены пункционным методом (от 1 до 8 пункций). Наблюдались 2 случая невралгии латерального кожного нерва бедра. У 5 (1,2%) пациентов наблюдался ишемический орхит, излеченный консервативно. 1 случай в группе паховых грыж, 4 - в группе пахово-мошоночных грыж. Оценивая структуру осложнений можно сделать следующие выводы: такие осложнения как рецидивы и непроходимость приходится на период освоения методики. Увеличение количества гематом паховой области и орхитов при пахово-мошоночных грыжах связано с объемом грыжевого мешка и рубцовыми изменениями паховой области. Средний койко-день составил 3,3 (от 1 до 6). Заключение. Лапароскопическая герниопластика обеспечивает малую травматичность, хороший косметический результат и высокую надежность при небольшом количестве осложнений. Пахово-мошоночные грыжи не являются противопоказанием к лапароскопической герниопластике и не требуют изменения технологии оперативного вмешательства.

69.Лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях городской больницы - первый опыт.

Чудаков К.И.,Алексеев А.В.,Васильченко М.И.,Переходов С.Н.

Москва

ГКБ 50 ДЗМ

Перфорация гастродуоденальной язвы является грозным осложнением, требующая неотложного хирургического вмешательства. В 1880 году G. Micsulicz впервые выполнил ушивание перфоративной язвы. В настоящее время известно более 20 способов закрытия перфоративного отверстия. Среди них особое место занимает лапароскопический метод ушивания. Впервые лапароскопическое ушивание прободной язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки произвели Nathanson и соавт. Несложная в техническом отношении и непродолжительная по времени, методика «открытого» оперативного вмешательства имеет такие серьезные последствия, как нагноение послеоперационной раны, спаечная болезнь брюшной полости, образование вентральных грыж, лигатурных свищей, косметический дефект, длительный болевой синдром. По данным анализа экстренной хирургической помощи в г. Москве за последние 5 лет прободная гастродуоденальная язва составляет 2,9% в структуре неотложной «хирургической семерки». Характеристика пациентов. В период с 2013 г. по настоящее время во 2 х/о ГКБ 50 выполнено 14 лапароскопических вмешательств по поводу перфоративной

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гастродуоденальной язвы. При этом традиционное ушивание перфоративной язвы было произведено в 36 случаях. Возраст поступивших, которым была выполнена лапароскопическая методика был от 19 до 51 года; сроки от момента перфорации до поступления составляли от 1,5 до 6 часов; при этом язвенный анамнез отсутствовал у 100% пациентов. Тяжелая сопутствующая патология у этой категории пациентов на основании анамнеза, данных первичного осмотра, а также данных осмотра терапевта перед операцией, отсутствовала. Водно-электролитных расстройств, сопутствующих перитониту, в данной ситуации в виду малых сроков заболевания также не было выявлено. Сроки начала операции после поступления в стационар были не выше 2-х часов. Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки была диагностирована в 12 случаях, и в 2-х случаях определялась перфорация язвы антрального отдела желудка. Размеры перфоративного отверстия составляли до 5 мм, при этом перифокальный язвенный инфильтрат имел мягкие края. Сроки пребывания в стационаре составили от 2-х до 6 койко-дней. Напротив, пациенты, которым была выполнена традиционная методика составляли более гетерогенную группу по вышперечисленным критериям. Возраст их составлял от 23 до 94 лет, при этом старше 50 лет были 22 пациента. Сроки от момента перфорации до поступления составляли от 1,5 часов до 2-х суток. Язвенный анамнез был выявлен у 19 пациентов. Из сопутствующей патологии эти пациенты имели различные хронические заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Ввиду длительности сроков перфорации и выраженности клинической картины перитонита, наличия водно-электролитных нарушений 13 пациентам потребовалась предоперационная подготовка, из них 6 пациентов получали её в условиях реанимации. Соответственно сроки начала операции от момента поступления в стационар были до 5 часов. Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки была диагностирована в 26 случаях, в 10 случаях причина перфорации была язвенная болезнь желудка. Размеры перфоративного отверстия составляли от 3-х мм до 15 мм, при этом выраженный язвенный инфильтрат с каллёмными краями язвы был выявлен в 13 случаях. Сроки пребывания в стационаре составили от 7 до 9 койко-дней. Для лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы мы располагаем пациента на операционном столе горизонтально в положении на спине, хирург и ассистент находятся с левой стороны стола, ассистент, при необходимости, манипулирует ретрактором. После создания общего обезболивания в желудок устанавливали назогастральный зонд. Точки введения троакаров: сначала вводят параумбиликальный троакар для оптики, затем — два манипуляционных троакара по правой и левой сред-неключичным линиям чуть ниже и выше уровня пупка соответственно. Дополнительный 4-й троакар располагается под мечевид-ным отростком и служит для введения ретрактора или трубки аспиратора-ирригатора. Помимо этого при распространенном перитоните может потребо-ваться введение 5-го троакара для санации нижнего этажа брюшной полости и более эффективного дренирования. По нашему мнению принципиальным моментом операции является первичная санация брюшной полости до начала ушивания язвы. Первичная санация повышает качество и результативность манипуляции, а также исчезает необходимость грубого манипулирования аспиратором-ирригатором в зоне ушитой перфорации.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Трубочкой аспиратора-ирригатора при помощи ре-трактора, мягкого зажима и изменения положения стола производят максимальную эвакуацию выпота. Закрытие перфоративного отверстия мы производили либо однорядным Z-образным узловым швом (5 случаев), либо двумя-тремя однорядными узловыми швами (9 случаев). В 10 случаях к линии швов подшивали прядь сальника. В качестве инструментов пользовались либо двумя иглодержателями, либо иглодержателем и диссектором. Во всех случаях закрытие отверстия производилось швами с интракорпоральным формированием узлов. Ис-пользовался синтетический рассасывающийся плетеный шовный материал (№ 2/0-3/0), который лучше держит узлы при интракорпоральной методике. Проверку герметичности швов путем нагнетания через назогастральный зонд воздуха, при заполненном физиологическим раствором подпеченочном пространстве, мы не проводили. Далее выполнялась окончательная санация брюшной полости с помощью 10 мм аспиратора, ретрактора и атравматичных зажимов после изменения положения операционного стола. Для санации использовали 5-6 л изотонического физиологического раствора. Дренажирование брюшной полости производили с помощью 3-х силиконовых дренажей диаметром 9 мм: малый таз, подпеченочное пространство и левый латеральный канал. Все пациенты в послеоперационном периоде требовали проведения инфузионной антибактериальной и противоязвенной терапии. В группе пациентов после лапараскопического ушивания длительность антибактериальной терапии составляла от 2-х до 4-х дней, в группе традиционного ушивания от 4-х до 6-ти дней. Противоязвенную терапию проводили на протяжении всего периода стационарного лечения с использованием внутривенного введения блокаторов протонной помпы. Длительность зондирования желудка у пациентов после лапараскопического ушивания составила 2 суток, у пациентов после традиционного вмешательства до 3-х суток. Длительность дренажирования брюшной полости у пациентов после лапараскопического ушивания составляла до 3-х суток, после традиционного ушивания до 4-х суток. Кормление пациентов осуществляли жидкой пищей после удаления назогастрального зонда. Осложнений хирургических вмешательств не отмечено ни в одной группе пациентов. Выводы. Методика лапараскопического ушивания перфоративной язвы безопасна, имеет значительно большую фармако-экономическую эффективность, лучшие показатели качества жизни пациента в послеоперационном периоде, меньший болевой синдром, меньший койко-день. Однако, на наш взгляд, при выполнении данной методики должен осуществляться строгий отбор пациентов. Технической особенностью оперативного вмешательства, на наш взгляд, является качественная последовательная санация брюшной полости. Лапараскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы показано у молодых пациентов без сопутствующего язвенного анамнеза, с малыми сроками от начала заболевания, наличием небольших размеров перфоративного отверстия, с отсутствием каллезных краев язвы и выраженного язвенного инфильтрата, отсутствием распространенного гнойного перитонита.

70. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мириizzi, холедохолитиазом и механической желтухой

Шапкин Ю.Г., Фомин Н.Н.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Среди осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) не решенной проблемой остается синдром Мириizzi (СМ), что связано с трудностями его диагностики и выбора лечебной тактики. Мы наблюдали 9 больных с СМ в возрасте от 25 до 82 лет. Во всех случаях СМ сочетался с холедохолитиазом и механической желтухой. При УЗИ желчный пузырь был уменьшен в размерах вплоть до «сморщенного» у 7 пациентов, что подтвердилось в ходе операции. Эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с инструментальной ревизией желчных протоков выполнили 7 больным. Из описываемых в литературе рентгенологических признаков СМ, в зависимости от его типа, у наших пациентов, имели место три: сужение гепатикохоледоха, его смещение и наличие тени конкремента в месте деформации гепатикохоледоха. Эти признаки позволили предположить наличие СМ. Выполнить эндоскопическую литоэкстракцию и достичь билиарной декомпрессии оказалось невозможным во всех наблюдениях в связи с крупными размерами конкрементов. Подозрение на наличие СМ считали показанием к открытому оперативному вмешательству. Всего было оперировано 9 пациентов с СМ. В ходе интраоперационной ревизии установлено, что СМ I типа имел место у 6 человек, а СМ II типа – у 3 больных. Оперативное вмешательство у пациентов обеих групп выполнено в объеме холецистэктомии и холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха по Керу. Летальных исходов не было. У всех больных получен хороший непосредственный и отдаленный результат. Таким образом, ЭРПХГ имеет большую ценность в диагностике СМ. Наличие признаков СМ считаем показанием к открытой операции. Выполненная на первом этапе ЭПСТ, при отсутствии стриктуры терминального отдела холедоха, позволяет избежать наложения билиодигестивных анастомозов и ограничить объем оперативного вмешательства дренированием холедоха по Керу.

71. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при механической желтухе калькулезной этиологии в различные сроки после холецистэктомии

Шапкин Ю.Г., Фомин Н.Н.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

В настоящее время в диагностике и лечении механической желтухи калькулезной этиологии широко распространена эндоскопическая ретроградная холангиопакреатография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Особый интерес представляет использование ЭРПХГ и ЭПСТ у больных, ранее оперированных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ), т.е. при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС). Нами проанализированы 133 наблюдения больных механической желтухой калькулезной этиологии. Из общего числа больных 18 человек ранее перенесли холецистэктомию в сроки от 5 суток до 27 лет. Возраст больных ПХЭС колебался от 44 лет до 87 лет. Длительность заболевания от 1 суток до 2 месяцев. Средний уровень билирубина крови составил 99,8 мкмоль/л. Наряду со стандартным обследованием выполняли эндоскопические транспапиллярные вмешательства с целью билиарной декомпрессии. У всех больных результаты ЭРПХГ позволили подтвердить диагноз. При этом у 16 пациентов удалось выполнить ЭПСТ и экстракцию конкрементов из внепеченочных желчных протоков. Следует отметить отсутствие осложнений и разрешение механической желтухи. У 2 больных эндоскопическое вмешательство не имело успеха в связи с наличием конкремента крупного размера или расположением большого дуоденального соска в дивертикуле; этим больным выполнена операция в объеме открытой холедохолитотомии и холедоходуоденостомии. Таким образом, эндоскопические транспапиллярные вмешательства эффективны и относительно безопасны у больных ПХЭС, ранее оперированных по поводу ЖКБ, а также позволяют в большинстве случаев избежать открытой операции.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

72. ОШИБКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ЧРЕСКОЖНЫМИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫМИ ДРЕНИРУЮЩИМИ МЕТОДАМИ

Новиков С.В., Роголь М.Л., Иванов П.А., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Новосел С.Н., Кузьмин А.М., Байрамов Р.Ш., Гюласарян С.Г.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им.Н.В.Склифосовского

Согласно Руководству IAP/APA (2013) по острому панкреатиту, оптимальной интервенционной стратегией для пациентов с тяжелым панкреатитом сопровождающимся местными стерильными и инфицированными осложнениями (ТПМО) является чрескожное (забрюшинное) дренирование или эндоскопическое чреспросветное дренирование, а затем, при необходимости, эндоскопическая или хирургическая секвестрэктомия. В России метод чрескожного дренирования под ультразвуковым наведением (УЗН) успешно применяется во многих специализированных клиниках. При обсуждении минимально инвазивной чрескожной хирургии ТПМО под контролем интраскопических методов (УЗИ, рентгеноскопия, эндоскопия), указывается один из существенных «недостатков» этой технологии: период стационарного лечения превышает время госпитализации при традиционных открытых хирургических методах, что особенно актуально для работы в условиях современных медико-экономических стандартов и принципов финансирования здравоохранения. Второй «недостаток» – это невозможность применения технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии при ТПМО с распространенным парапанкреатитом для полноценной санации скоплений воспалительного детрита и секвестрэктомии без применения открытых хирургических способов. Авторы применяют и совершенствуют технологию минимально инвазивной чрескожной хирургии ТПМО с 1992 года и располагают большим опытом ее применения в двух крупных медицинских учреждениях. Цель. Улучшить результаты лечения больных с ТПМО за счет выявления и анализа основных ошибок и нарушений применения технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии под УЗН, а также разработки рекомендаций, направленных на их исправление. Материалы и методы. В период с 1992 по 2014 годы технология минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО применена у 237 пациентов (г.Краснодар, РЦФХГ - 169 пациентов; г.Москва, НИИ СП им.Н.В.Склифосовского - 68 пациента). Технология минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения была применена у 169 пациентов с ТПМО (стерильные и инфицированные некрозы, острые псевдокисты, абсцессы). Проведено сравнение результатов лечения с отечественными и зарубежными публикациями, выполнен анализ ошибок и особенностей применения технология минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН. Результаты. В различные годы и этапы освоения технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии под УЗН послеоперационная летальность уменьшалась с 60% до 8%. На основе достигнутых результатов сформулировано следующее: А). Определены основные этапы технологии

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН: 1. Мелкокалиберное дренирование (диаметр дренажей 3-5 мм) инфицированных забрюшинных неограниченных жидкостных скоплений и абсцессов под УЗН. Установка не менее двух дренажей в каждую жидкостную зону в каждой анатомической области. Одномоментное дренирование всех жидкостных зон в пораженной забрюшинной клетчатке любой степени распространенности. 2. Последовательная замена ранее установленных мелкокалиберных дренажей на крупнокалиберные (диаметр дренажей 8-20 мм) в очагах формирования секвестров, под рентгено-телевизионным контролем. 3. Вакуумно-промывная секвестрэктомия через крупнокалиберные дренажи. 4. Чресфистульная эндоскопическая ретроперитонеоскопия с секвестрэктомией. 5. Обратная, последовательная замена крупнокалиберных дренажей на мелкокалиберные под рентгеноскопическим контролем в остаточных полостях после полного удаления секвестров и прекращения гнойного отделяемого. 6. Удаление всех дренажей и полное заживление остаточных полостей, дренажных каналов, свищей полых органов. Б). Выявлено, что для формирования адекватного минимально инвазивного доступа к зонам формирования секвестров затрачивается от 5 до 12 дней. При минимально инвазивной технологии чрескожного хирургического лечения ТПМО несколько дней уходит на создание доступа к зонам секвестрации, если в клинике не владеют методикой одномоментной установки крупнокалиберных дренажей (отсутствует необходимый инструментарий, опыт). В). Выявлено, что на полное очищение от секвестров уходит значительное время (от 14 до 48 суток). После установки дренажей большого диаметра, в течение нескольких дней проводится вакуумно-промывная секвестрэктомия через крупнокалиберные (широкопросветные) дренажи. Это оправдано тем, что секвестры отторгаются постепенно и в разные сроки, а ускоренная попытка удалить их и выполнить некрэктомию приводит к кровотечениям, в результате чего выполняется лапаротомия с целью гемостаза. Г). Подтверждено, что чресфистульная эндоскопическая ретроперитонеоскопия с инструментальной секвестрэктомией под визуальным контролем зон некрозов и секвестраций позволяет объективно оценивать секвестры, возможность и адекватность их удаления, без попыток удалить фиксированные некротические ткани. Применение этого метода значительно ускоряет очищение полостей и позволяет объективно определить начало этапа заживления и обратной замены дренажей. Этот этап применяется только в единичных клиниках. Д). Установлены основные ошибки и их предпосылки: 1. Предпосылка возникновения ошибки – недостаток специалистов владеющих методами операций под УЗН. Технология минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН – сравнительно новый метод лечения для большинства отечественных клиник, в которых затянулся этап внедрения и обучения специалистов. 2. Предпосылка возникновения ошибки – отсутствие полноценной специализированной амбулаторной службой у большинства клиник, что не позволяет пациента с ТПМО оперированного только по дренирующим методикам под УЗН своевременно выписать из стационара на долечивание. 3. Систематическая ошибка при статистическом анализе – когда из-за отсутствия единообразия терминологии, когда в разряд минимально инвазивных хирургических методов лечения попадают различные техники от чрескожного

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дренирования под УЗН, до комбинации лапароскопии с внутрибрюшной ассистенцией одной рукой или лапаротомного минидоступа с «механическим мини-ассистентом». Технология минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО (дренирующие методики под УЗН) в каждой клинике применяется в собственной интерпретации, со своим объемом инструментария и навыков. 4. Систематическая ошибка при статистическом анализе популяции пациентов с ОП – когда не вычлняются и отдельно не анализируются пациенты с ТПМО и их не разделяют на ограниченный (абсцессы, острые псевдокисты) и распространенный (парапанкреатит), стерильный и инфицированный некрозы. 5. Тактическая ошибка, когда дренирующие методики под УЗН в подавляющем большинстве клиник не рассматриваются как самостоятельный и окончательный хирургический метод лечения ТПМО с инфицированным парапанкреатитом. К нему относятся как к необязательному начальному этапу, после которого, как правило, переходят к открытой секвестрэктомии. 6. Техническая ошибка - в каждую зону секвестрации устанавливается менее двух мелкокалиберных дренажей, вследствие чего возникает неадекватное дренирование жидкостного компонента и/или потеря доступа в виду возникающей необходимости удаления дренажа или его миграции. 7. Техническая ошибка – не одномоментное дренирование всех забрюшинных зон с жидким содержимым. В отличие от абсцессов, при распространенном некротическом парапанкреатите эвакуация жидкого содержимого из всех зон деструкции через отдельные установленные дренажи (при их отсутствии в каждой зоне) препятствует последующей установке новых дренажей в зоны скопления секвестров, куда ранее не был установлен дренаж, поскольку жидкое содержимое было эвакуировано через дренажи в подлежащих анатомических зонах и в полости попадает воздух (препятствие для дренирования под УЗН). 8. Техническая ошибка - несоблюдение технологических этапов и требований к применению методики минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН, что вынуждает применять открытую хирургическую секвестрэктомию. Выводы: 1. Применение технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии при ТПМО возможно для полноценной санации и секвестрэктомии, как самостоятельного и единственного метода не только при ограниченной (острая псевдокиста, абсцесс), но и при распространенной форме поражения (парапанкреатит), как при асептичном, так и при инфицированном некрозе. 2. Согласно кривой обучения, значительное время уходит на внедрение минимально инвазивной хирургической технологии под УЗН и поэтому на этапе внедрения сроки госпитализации превышают средние значения при применении открытой хирургической секвестрэктомии. 3. При внедрении технологии минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН необоснованное затягивание сроков госпитализации происходит на всех основных этапах применения технологии. 4. Наличие полноценной специализированной амбулаторной службы позволяет своевременно выписать из стационара пациента с ТПМО оперированного только по дренирующим методикам под УЗН на амбулаторные этапы лечения - реституция забрюшинных полостей и дренажных каналов. Практические рекомендации по сокращению сроков лечения на этапах технологии минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

распространенного ТПМО под УЗН: 1.Одномоментная установка крупнокалиберных дренажей (8-20 мм), минуя этап мелкокалиберных, в доступных зонах. 2.Замена мелкокалиберных дренажей (3- 5 мм) на крупнокалиберные в короткие сроки, до 5 дней. 3. Выполнение чресфистульной эндоскопической ретроперитонеоскопии с секвестрэктомией. 4.Своевременный перевод пациентов на последних двух этапах технологии (п.5 и п.6) на специализированное амбулаторное лечение.

73.Анализ реконструктивных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Федоров В.И. Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И.Шарапов Т.А. Сигал А.М.

Казань

Республиканский клинический онкологический диспансер
Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Россия, г.Казань

Актуальность: Лапароскопическая антирефлюксная операция является основным методом оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы(ГПОД) однако не каждое оперативное вмешательство позволяет добиться удовлетворительного результата, и нуждается в повторной операции, в связи с этим причина рецидива заболевания требует подробного анализа. Цель.: Проанализировать причины повторных и реконструктивных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Материалы и методы: За 17 лет (1996-2013гг.) находилось на лечении 827 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Выполнены следующие виды антирефлюксных операций: Фундопликация по Ниссену-Розетти-727 (87,2%), фундопликация по Ниссену-90(11%), фундопликация по Тупее-6(0,7%), фундопликация по Дору-4(0,5%). Результаты: Основные показатели видеолапароскопических антирефлюксных операций на 827 пациентов: летальность 3(0,4%), интраоперационные осложнения 42(5%), ранние послеоперационные осложнения 407(49,2%), поздние послеоперационные осложнения 75(9%), рецидив рефлюкс эзофагита 49(5,9%) В раннем послеоперационном периоде диагностированы следующие виды послеоперационных осложнений: кровотечение 3(0,4%), дисфагия 191(23,3%), «Gas-bloat»-синдром 167(20,2%), диарея или запор 34(4,1%), рецидив ГЭР 6(0,7%), не диагностируемая перфорация желудка 2(0,2%), Ишемический некроз манжетки 1 (0,1%), острая язва желудка 1 (0,1%), инфаркт миокарда 1

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

(0,1%), нижнедолевая пневмония слева 1 (0,1%), итого 407(49,2%). Осложнения в позднем послеоперационном периоде: дисфагия 12(1,5%), «Gas-bloat»-синдром 16(1,9%), пищеводно-манжеточный свищ 2(0,2%), вторичная параэзофагеальная ГПОД 2(0,2%), рецидив ГЭР 43(5,2%), итого: 75(9%) Всего из 827 пациентов 33(3,9%) выполнены повторные операции, показаниями к которым являлись: кровотечение 3(9%), рецидив рефлюкс эзофагита 27(81%), вторичная параэзофагеальная ГПОД 2(6,5%), герниопластика троакарной грыжи 1(3,5%) Из 827 пациентов рецидив рефлюкс эзофагита диагностирован у 55(6,6%) больных. В раннем послеоперационном периоде 7(0,8%), в позднем послеоперационном периоде 48(4,8%). Из 55 пациентов на повторную антирефлюксную операцию согласилось 27(49%) больных, всего выполнено 31 оперативное вмешательство, из которых двум больным выполнено две, а одному 3 повторных операции. Из 31 операции 27(87,1%) с помощью видеолапароскопии, а 4(12,9%) лапаротомическим доступом. Причиной лапаротомии являлся выраженный спаечный процесс, связанный с герниопластикой послеоперационной вентральной грыжи а так же 3-х кратное и 4-х кратное оперативное вмешательство по поводу ГПОД. В ходе 31 операции выявлены следующие причины рецидива ГЭРБ: миграция и деструкция манжеты 2(6,4%), миграция и несостоятельность манжеты 1(3,2%), миграция манжеты 8(25,9%), деструкция манжеты 2(6,4%), несостоятельность манжеты 16(51,7%), феномен «Телескопа» 2(6,;%). Выполнены следующие виды реконструктивных вмешательств: Рефундопликация по Ниссену-Розетти 19(61,3%), из которых одна выполнена с использованием У-образного аллотрансплантата., рефундопликация по Ниссену 5(16,15%), в одном случае с выполнением задней крурорафии , низведение манжеты и крурорафия 5 (16,15%), реконструкция манжеты 2(6,4%). Заключение: Всего за 17 лет выполнено 36 повторных оперативных вмешательств после лапароскопической антирефлюксной операции. Из них 27 по поводу рецидива рефлюкс эзофагита. Учитывая ранний и поздний послеоперационные периоды успешных повторных антирефлюксных операций выполнено 11(40,8%), неудачных операций 16(59,2%). Результаты данного исследования показывают значимость анализа повторных антирефлюксных операций по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

74. Диагностические возможности лапароскопии при ущемленной грыже.

Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Гусев А.В., Абдуллаев А.Э., Качабеков М.С.

Владимир, Иваново

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир. Кафедра хирургических болезней ИПО ИВГМА

Ущемленная грыжа является наиболее часто встречаемой патологией среди острых хирургических заболеваний, с достаточно высокой летальностью, достигающей порой 11%. Наиболее часто ущемленная грыжа встречается у лиц пожилого и старческого возраста. При этом, синдром кишечной непроходимости встречается в 6-11% случаев. В основе хороших результатов при лечении больных с острой хирургической патологией является ранняя, правильная диагностика, обеспечивающая своевременное и рациональное лечение. Традиционные клиничко-лабораторные подходы к диагно-стическому процессу часто бывают не достаточно информативными и не позволяют подтвердить или опровергнуть диагноз. Нередко, при поступлении больного в стационар, наблюдается самопроизвольное вправление грыжевого содержимого в брюшную полость; в некоторых случаях, хирургу приходится провести дифференциальную диагностику между паховым лимфаденитом и ущемленной грыжей. В подобных случаях значительную помощь может оказать диагностическая лапароскопия. В экстренной герниологии лапароскопия позволяет оценить состояние грыжевых ворот со стороны брюшной полости, устано-вить наличие или отсутствие ущемления органа в грыжевом мешке, определить характер ущемленного органа и степень морфологических изменений в нем. В клинике хирургии ГКБСМП г. Владимира с 2004 по 2014г диагностическая лапароскопия при ущемленных грыжах была применена в 86 случаях, при этом мужчин было 20, а женщин 58. Применение лапароскопии при ущемленной грыже показано в следующих случаях: 1.Для дифференциальной диагностики ложных и истинных ущемлений грыж передней брюшной стенки; 2.Для оценки жизнеспособности и морфологических изменений кишечника и других органов брюшной полости после самопроизвольного вправления ущемленной грыжи; 3.Для интраоперационного осмотра брюшной полости при вне-запном вправлении ущемленной грыжи во время операции. Лапароскопическая оценка жизнеспособности ущемленного органа после его самопроизвольного вправления, нами осуществлялась в 52 случаях. При этом, в большинстве наблюдений ущемленный орган был принят за жизнеспособный, в 6 случаях ущемленная петля тонкой кишки была некротизирована, что позволило в срок выполнить лапаротомию, с дальнейшей резекцией тонкой кишки. В 12 случаях проводилась дифференциальная диагностика методом лапароскопии, между ущемленной грыжей и другими хирургическими заболеваниями (паховый лимфаденит). Во всех случаях клинический диагноз с помощью других дополнительных методов обследования поставить было сложно. У 8 пациентов установлен диагноз – ущемленная бедренная грыжа и больные оперированы – грыжесечение с пластикой пахового канала по Бассини. В 4 наблюдениях поставлен диагноз – паховый лимфаденит и назначена консервативная терапия. Группу этих пациентов составляли лица с различными видами ожирения или с длительным анамнезом заболевания. Применение интраоперационной лапароскопии при ускальзывании в брюшную полость ущемленной петли кишки во время операции по поводу ущемленной грыжи позволяет визуально оценить признаки жизнеспособности вправившейся кишки. Для этого через грыжевые ворота

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

вводится гильза троакара, грыжевым мешком герметизируют брюшную полость вокруг гильзы, накладывая круговую лигатуру, рассматривая органы брюшной полости. При осмотре ущемленной кишки определяют ее цвет, перистальтику, пульсацию сосудов. К подобному приему мы прибегали в 4 случаях. При уверенности в жизнеспособности кишки операцию заканчивали без перехода на лапаротомию. Таким образом, высокая информативность метода при ущемленных грыжах не вызывает сомнений, помогает хирургам ориентироваться в хирургической ситуации, помогает решать сложные вопросы дифференциальной диагностики в экстренной герниологии.

75. Метод лапароскопической ассоциированной операции при деструктивном панкреатите.

Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Гусев А.В., Митюшин С.И., Зезин В.П.

Владимир

Кафедра хирургии ИПО, Ивановской государственной медицинской академии. Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир.

Несмотря на значительные успехи в абдоминальной хирургии проблема лечения острого деструктивного панкреатита по настоящее время остается актуальной, что связано с достаточно высокой летальностью как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах и развитием гнойно-септических осложнений. Ведущую роль в лечении данной патологии играет оказание своевременной медицинской помощи на ранних этапах развития заболевания, а также адекватного хирургического вмешательства. В большинстве клиник общепринятым методом хирургического лечения остается традиционная широкая лапаротомия, что сопровождается высоким уровнем хирургической агрессии. Нередко послеоперационный период осложняется нагноением раны, развитием флегмоны передней брюшной стенки, эвентрацией, появлением дигестивных свищей. В связи с этим, на наш взгляд, перспективным является вопрос о малоинвазивном хирургическом вмешательстве с сохранением адекватности операции. С целью повышения эффективности хирургического лечения острого деструктивного панкреатита мы в своей практической деятельности широко применяем лапароскопически ассоциированный способ, который заключается в следующем. На этапе диагностической лапароскопии мы уточняем степень деструкции поджелудочной железы, распространенность перитонита, наличие

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

забрюшинной флегмоны, степень гипертензии желчевыводящих путей. При наличии признаков панкреонекроза, распространенного перитонита, забрюшинной флегмоны выполняем лапароскопический этап. Последний заключается в тщательном осмотре органов брюшной полости, особенно его верхнего этажа (гепатопанкреатодуоденальная зона), уточняется наличие гипертензии в желчевыводящих путях, наличие отека, инфильтрации, флегмоны парапанкреатической клетчатки, забрюшинного пространства, наличие выпота в брюшной полости и его характер. Интерпретация всего этого и определяет дальнейшую хирургическую тактику. При наличии в брюшной полости выпота производим его исследование на диастазу, санируем брюшную полость и устанавливаем дренажи. Наличие гипертензии желчевыводящих путей является показанием к наложению лапароскопической микрохолецистостомы. Обязательным условием завершения лапароскопии является адекватное установление дренажей в брюшной полости (в подпеченочном пространстве, в левом поддиафрагмальном пространстве, в малом тазу). Далее назначается активная дезинтоксикационная терапия с применением экстракорпоральных методов (плазмаферез, гемосорбция), антибиотики широкого спектра действия, препараты, направленные на борьбу с диспротеинемией. В запущенных случаях острого панкреатита, либо при его молниеносном течении развивается отек парапанкреатической клетчатки, забрюшинного пространства с исходом в флегмону. Данное осложнение относится к тяжелой форме заболевания, при котором по настоящее время летальность остается достаточно высокой. В подобных ситуациях встает вопрос об оперативном вмешательстве. Сама традиционная операция с лапаротомией, с последующей секвестрэктомией является травматичным вмешательством и значительно увеличивает послеоперационную летальность. В связи с этим, мы в последние годы, при лечении острого панкреатита, осложненного флегмоной парапанкреатической клетчатки и забрюшинного пространства широко применяем малоинвазивную технологию, что считаем малотравматичной операцией и перспективной в хирургии острого панкреатита. Первым этапом, как уже сказано выше, является диагностика – выполняем лапароскопию, уточняем состояние органов брюшной полости, осматриваем забрюшинную клетчатку. Ценным обследованием является ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства. Комплекс проведенных обследований позволяет нам определить место наиболее пораженного участка, где и целесообразнее проводить люмботомию. Мы используем методику минилюмботомии с элементами «открытой» лапароскопии с помощью набора инструментов «миниассистент» (М.И. Прудков, 1993). Разрез длиной до 5 – 6 см. производится в поясничной области, разводятся мышцы, вскрывается забрюшинное пространство и устанавливается набор «мини-ассистент», включающий кольцевидный ранорасширитель с набором сменных зеркал с измененной геометрией. Съёмные крючки набора дают достаточный обзор забрюшинного пространства и позволяет максимально удалить секвестры и провести санацию забрюшинного пространства. При необходимости разрезы можно выполнить в других участках. Операцию завершаем установлением тампонов и промывных хлорвиниловых дренажей в забрюшинном пространстве. В послеоперационном периоде необходимо продолжить интенсивную дезинтоксикационную терапию, с применением

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

экстра-корпоральных методов, антибиотиков широкого спектра действия, санацию забрюшинного пространства через промывную систему, также с применением антибиотиков по чувствительности. Первую плановую санацию забрюшинного пространства производим на 2-е сутки после операции, в последующем по мере необходимости, в зависимости от степени поражения парапанкреатической клетчатки. По данной методике нами прооперировано 12 больных с тотальным панкреонекрозом и забрюшинной флегмоной. Всем больным выполнялись от 3-х до 5-ти плановых санаций забрюшинной клетчатки. По мере купирования гнойно-воспалительного процесса люмботомные раны зажили вторичным натяжением. У одного больного было отмечено эрозивное кровотечение из люмботомического разреза, которое остановлено консервативными методами (гемостатики, тампонирование раны). Летальных исходов не отмечено. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Таким образом, лапароскопические ассоциированные операции при деструктивном панкреатите являются малотравматичными вмешательствами и имеют значительные преимущества перед традиционными методами хирургического лечения.

76. Метод комбинированного ушивания перфоративных гастродуоденальных язв

Абдуллаев Э.Г., Левчук А.А., Стойко Ю.М., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э.

Владимир, Москва

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир. Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненная перфорацией является общепризнанным, наиболее эффективным и основным методом. Особую значимость оно приобрело в связи с широким внедрением в клиническую практику новых видеоскопических минимально-инвазивных технологий. Одним из грозных осложнений язвенной болезни являются перфорации, которые требуют неотложного хирургического вмешательства. Операцией выбора является ушивание перфоративной язвы с последующей санацией брюшной полости. Применение малоинвазивных хирургических технологий открывают новые возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Выполнение операции при данном заболевании чисто лапароскопическим методом зачастую сопровождается некоторыми техническими трудностями. Мы располагаем опытом лечения 66 больных с

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

перфоративными яз-вами двенадцатиперстной кишки с сочетанием видеолапароскопии для диагностики и санации брюшной полости и мини-доступа для ушивания перфоративной язвы с помощью разработанного М.И. Прудковым [1] комплекта инструментов «миниассистент». Методика, при необходимости, позволяет выполнить и ваготомию на этапе лапароскопии [2]. В 2000 – 2010 гг. нами в экстренном порядке минимально-инвазивным методом была выполнена 66 операций. Все больные оперированы сразу после поступления в сроки от 1 до 5 часов от начала заболевания под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных все были мужчины от 18 до 35 лет. У всех пациентов диагноз перфоративной язвы был выставлен в дооперационном периоде по клинико-диагностическим данным. Техника операции. После обработки операционного поля в одной из параумбиликальных точек вводили 10 мм троакар и накладывали пневмоперитонеум CO₂ 10 мм рт. ст. При видеолапароскопии уточняли диагноз перфоративной язвы, ее локализацию, оценивали степень поражения и распространенности инфицированного выпота по брюшной полости. После этого в правом подреберье выполняли минилапаротомию длиной 3 – 4 см. Для визуализации использовали набор ретракторов и локальное освещение, используемое при холецистэктомии из мини-доступа. Ушивали перфоративное отверстие по принятой методике однорядным швом в поперечном направлении с фиксацией пряди сальника. По завершении указанного этапа в правой мезогастральной области вводили второй манипуляционный троакар (5мм). Для санации брюшной полости использовали стандартную лапароскопическую ирригационно-аспирационную систему. Санация брюшной полости заключалась в эвакуации экссудата и промывании мест его скопления. Операцию завершали установкой зонда в желудок для декомпрессии, дренажа в подпеченочном пространстве, при необходимости, и в малый таз. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, противоязвенную терапию; после выхода из состояния наркоза – это через 2 – 3 часа после операции, больные вставали, ходили. Осложнений со стороны органов брюшной полости, операционной раны, а также летального исхода не было. Длительность госпитализации в хирургическом стационаре составляла 6 – 7 дней. Дальнейшее противоязвенное лечение проходило в условиях гастроэнтерологического отделения. Таким образом, описанная оперативная техника сочетает преимущества и нивелирует недостатки лапароскопического пособия и мини-доступа. Лапароскопический этап позволяет установить и уточнить диагноз перфорации или выявить иную ургентную патологию, при котором объем вмешательства может быть другой; дает возможность оценить характер и распространенность поражения брюшины, провести адекватную санацию брюшной полости. Мини-доступ позволяет точно оценить морфологические изменения в зоне перфорации (размер язвенного инфильтрата, наличие пенетрации и стеноза) и выполнить адекватное оперативное пособие. Используемая нами методика ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с лапароскопической санацией брюшной полости позволяет рекомендовать данную методику в клинической практике хирургических стационаров, оснащенных соответствующим оборудованием и специалистами.

77. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита в условиях скорпомощного стационара

Абдуллаев Э.Г Малахов Н.Б., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э., Качабеков М.С.

Владимир

Городская Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи

Острый аппендицит (ОА) является наиболее частой причиной (от 10% до 30%) экстренной госпитализации больных острыми болями в животе, в хирургические отделения больниц, оказывающих ургентную хирургическую помощь. Наиболее часто это больницы Скорой медицинской помощи. Хотя клиническая картина различных форм и вариантов течения и локализации воспаленного червеобразного отростка хорошо известна и достаточно полно описана в соответствующей литературе, до сих пор проблема диагностика ОА представляет значительные трудности даже у хирургов, имеющих большой стаж работы в хирургическом стационаре, а также специалистов диагностического профиля. Большое значение имеет также наличие осложнений и сопутствующих заболеваний у пациента. Классическая клиническая картина ОА наблюдается лишь у половины больных, госпитализированных в хирургические отделения. Частота диагностических ошибок составляет от 5% до 25% у мужчин и до 40% у женщин. Поздняя диагностика приводит к увеличению количества осложнений. Из инструментальных методов диагностики, основным на сегодняшний день является лапароскопия, однако она сама является операцией с наличием соответствующих показаний и противопоказаний. Наиболее доступным, в условиях экстренного хирургического стационара является ультразвуковое исследование, в связи с отсутствием противопоказаний, доступностью, неинвазивностью и возможностью контроля в динамике. Однако следует отметить, что данный метод диагностики еще мало и редко применяется в практическом здравоохранении, особенно в ЦРБ, где производится основная масса аппендэктомий и преимущественно в вечернее и ночное время – до 60-80%. Подведение промежуточных итогов опыта ультразвуковой диагностики ОА в условиях экстренного хирургического стационара больницы Скорой медицинской помощи. Материалы и методы. Произведен анализ десятилетнего применения ультразвуковой диагностики ОА в стационарных условиях больницы Скорой медицинской помощи у больных от 16 до 78 лет. В работе использовались ультразвуковые диагностические приборы преимущественно портативного и среднего класса различных стран и производителей, с применением линейных, конвексных и

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

секторных датчиков частотой излучения от 2,5 до 7,5 МГц. Главным диагностическим критерием ОА является обнаружение измененного червеобразного отростка во время ультразвукового обследования больного. Трудности обнаружения аппендикса связаны с рядом объективных причин, в том числе с его локализацией и взаиморасположением со слепой кишкой. При аппендиците отросток визуализируется приблизительно у 70% больных, что соответствует данным из литературных источников. Наиболее часто он виден при типичной передней или передне-боковой локализации. Отросток, расположенный ретроцекально, ретроперитонеально, в атипичном месте или прикрытый петлями тонкой кишки с наличием газа в ней, как правило, не визуализируется. Главным эхографическим симптомом ОА является визуализация червеобразного отростка в виде трубчатой структуры по типу полого органа, отходящей от купола слепой кишки, с толстыми слоистыми стенками. При катаральном аппендиците слоистость стенки обычно сохранена, а при флегмонозном и гангренозном – дифференцируется плохо или не определяется. Прямым эхографическим признакам ОА считается увеличение диаметра отростка более 6-7 мм, утолщение (а при эмпиеме – истончение) его стенки более 2-2,5 мм (чаще всего до 3-3,5-4 мм). Важным дополнительным диагностическим критерием является применение методики Puylaert (1986) - дозированной компрессии датчиком на переднюю брюшную стенку над червеобразным отростком. При воспалении отросток является ригидным, с наличием в его просвете неоднородного анэхогенного содержимого, окружающие его ткани также ригидны. Данная методика является ультразвуковым эквивалентом глубокой пальпации живота. Остальные ультразвуковые признаки воспаления отростка являются косвенными. К ним относятся: наличие ограниченной или свободной жидкости в правой подвздошной области и малом тазу, усиление, ослабление или отсутствие перистальтики кишечника, утолщение и отек стенок слепой кишки (тифлит), а также увеличение забрюшинных лимфатических узлов. Косвенные признаки ОА неспецифичны и могут встречаться при различных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Эхография позволяет дифференцировать стадии и распространенность воспалительного процесса в червеобразном отростке. При инфильтративной фазе аппендицита чаще встречается утолщение стенок червеобразного отростка за счет отека, а также снижение их эхогенности без изменения структуры. При применении доплерографических методик можно фиксировать усиление кровотока в области воспаления. При гнойно-деструктивной фазе в стенках отростка появляются гипо- или анэхогенные участки с исчезновением ее слоистости и отсутствием в них сосудистого рисунка. При эмпиеме полость червеобразного отростка может быть расширена анэхогенным содержимым. Иногда в просвете отростка встречаются копролиты в виде гиперэхогенных структур с акустической тенью. В неясных случаях целесообразно проводить динамическое наблюдение через 4-8 часов. Выводы. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства у больных с подозрением на ОА является высокоинформативным методом, позволяющим подтвердить диагноз с достаточно высокой долей вероятности. Частота встречаемости различных признаков ОА при ультразвуковой диагностике зависит от длительности течения заболевания, его тяжести и степени вовлечения в процесс окружающих тканей. Ни один

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

из выявляемых УЗ-признаков не позволяет со 100% точностью поставить диагноз ОА. Только комбинация нескольких признаков может помочь установке правильного диагноза. Применение современных визуализирующих технологий с оценкой тканевого кровотока существенно повышают эффективность УЗИ в дифференциальной диагностике при подозрении на острую абдоминальную патологию воспалительного генеза и обеспечивает высокую чувствительность эхографии при диагностике ОА. Эхография является аппаратно- и операторзависимым методом исследования, поэтому чувствительность метода колеблется от 65 до 90% , что позволяет повысить результаты диагностики у больных со стертой клинической симптоматикой аппендицита. Для исключения ОА при УЗИ необходимо увидеть весь неизменный червеобразный отросток, что, однако не всегда представляется возможным. Невозможность визуализации отростка не позволяет исключить наличие ОА.

78.Холецистэктомия из минидоступа у больных с сопутствующими заболеваниями

Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Гусев А.В., Абдуллаев А.Э.

Владимир, Иваново

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир
Кафедра хирургических болезней ИПО ИВГМА

Проблема хирургического лечения холелитиаза остается актуальной в хирургической гастроэнтерологии. Желчнокаменной болезнью страдают 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению данного показателя каждое десятилетие примерно в 2 раза. Увеличивается и количество оперируемых больных, в том числе лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. При хирургическом лечении желчнокаменной болезни роль сопутствующей патологии достаточно велика. Она не только усугубляет состояние больных, но и обуславливает более ранний переход имеющейся патологии в состояние декомпенсации. В связи с этим необходима разработка показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству у больных с высоким операционным риском, что связано как с осложнениями самого заболевания, так и с наличием сопутствующих заболеваний. В последние годы в хирургии желчнокаменной болезни широко применяется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Преимущество этой операции перед традиционной холецистэктомией достаточно освещены как в зарубежной, так и в отечественной литературе.

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Вместе с тем проведение ЛХЭ у лиц с отягощенным анамнезом сопряжено с высоким риском оперативного вмешательства и анестезиологического обеспечения, который заключается в развитии гипоксии миокарда в связи с наложением пневмоперитонеума, развитии гиперкапнии в результате резорбции CO₂ через брюшину, а также такого серьезно осложнения, как газовая эмболия. Учитывая вышеизложенное, мы с целью улучшения результатов лечения применяем у больных с сопутствующей патологией холецистэктомию из минидоступа. С этой целью используем набор хирургических инструментов, разработанный медицинской компанией САН, включающий кольцевидный ранорасширитель с набором сменных зеркал с изменяемой геометрией (Прудков М.И., 1993). В I-м хирургическом отделении городской клинической больницы скорой помощи г. Владимира за 1997-2010 г.г. холецистэктомию из минидоступа выполнена 780 больным, у которых имелись различные сопутствующие заболевания, ведущими по тяжести были заболевания сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) из подвергшихся холецистэктомии из минидоступа была у 197 пациентов. Больным с ИБС I-II функционального класса холецистэктомию проводили после комплекса лечебно-диагностических мероприятий: полного устранения коронарного синдрома нитратами быстрого и пролонгированного действия (нитроглицерин, нитросорбит, сустак, нитронг), оценки функционального состояния миокарда и коронарной недостаточности по данным ЭКГ, результатам дозированных физических нагрузок, в сомнительных случаях по данным эхокардиографии, консилиума хирурга, анестезиолога и терапевта с обсуждением вопросов профилактики коронарных осложнений в первые дни после операции. У больных со стенокардией III функционального класса от оперативного вмешательства временно воздерживались и проводили предоперационную подготовку в кардиологическом отделении. Следует отметить, что перенесенный ранее инфаркт миокарда не всегда являлся причиной отказа от операции. В случае отсутствия аневризмы сердца, сложных нарушений ритма, тяжелой сердечной декомпенсации холецистэктомию из минидоступа завершалась успешно. В этой группе больных при осуществлении анестезиологического пособия большое внимание уделяли тщательной предоперационной подготовке. Учитывали степень сердечно-сосудистой недостаточности, нарушения ритма и коронарного кровообращения. Больным с гипертонической болезнью (160 пациента) холецистэктомию из минидоступа обычно выполняли после нормализации артериального давления антагонистами кальция, клофелином, обзиданом, фуросемидом, полного устранения головных болей и головокружения, оценки функции сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ. Основанием для отказа больному в оперативном лечении являлись тяжелые гипертонические кризы, инсульты в анамнезе, стойкое повышение артериального давления с церебральным синдромом, выраженная хроническая левожелудочковая недостаточность, приступы сердечной астмы, полная блокада левой ножки пучка Гиса с заметной одышкой, III стадия гипертонической болезни. Во время анестезии с целью коррекции гипертензии применяли ганглиоблокаторы и нитраты, учитывая гипотензивное действие вводного наркоза. Общеизвестно, что основной задачей анестезиологического обеспечения у больных с гипертонической болезнью является предотвращение резкого подъема артериального давления, который может спровоцировать ишемию миокарда и острую

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

левожелудочковую недостаточность. У больных с бронхиальной астмой (87 пациентов) предоперационная подготовка и медикаментозная терапия во время анестезии были направлены на предупреждение бронхоспазма и гипоксемии. В основном этим пациентам назначали лекарственные препараты двух групп с целью купирования и профилактики приступов обструкции и воспаления бронхоальвеолярной системы (бронходилататоры и антибиотики широкого спектра действия). Во время наркоза и в посленаркозном периоде у этих больных решали три основные задачи: проведение предварительной блокировки рецепторов воздухоносных путей перед началом инструментальных манипуляций по интубации и экстубации трахеи; максимальное расслабление гладких дыхательных мышц; предотвращение высвобождения медиаторов аллергии. Ожирение III-IV степени с сахарным диабетом было у 86 пациентов. У этих больных предоперационная медикаментозная подготовка была направлена на коррекцию и стабилизацию уровня сахара в крови. Перед операцией и в ближайшем послеоперационном периоде для поддержания адекватного углеводного обмена продолжали антидиабетическую терапию инсулином. За 2 дня до операции всех этих пациентов переводили на прием простого инсулина короткого действия. Доза инсулина зависела от характера суточной гликемической кривой. Всех пациентов экстубировали только после восстановления адекватного спонтанного дыхания. Послеоперационный период протекал благоприятно, что можно объяснить как относительно небольшой длительностью операции, так и ее малой травматичностью. В среднем длительность операции составила $34,2 \pm 1,5$ мин. Таким образом, холецистэктомия из минидоступа у больных с сопутствующей патологией является методом выбора и может быть рекомендована в стационарах, где есть соответствующее оборудование и владеющие методикой специалисты.

79.Интервенционная сонография при лечения осложнений абдоминальных хирургических заболеваний

Захарчук А.В. Софилканич М.М.

Украина

(1) Запорожский государственный медицинский университет, кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. В.Н. Клименко), (2) Хирургическое отделение многопрофильной больницы ООО “ВитаЦентр”, г. Запорожье (глав.врач – А.Е.Маляренко)

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к минимизации доступов в лечении больных с хирургической патологией. Послеоперационные осложнения при миниинвазивных методиках оперативных вмешательств составляют 1-2%. Коррекция осложнений выполняется посредством лапароскопических, эндоскопических и ультразвуковых методик. Цель исследования: определить эффективность применения пункционных и пункционно-дренажных методов лечения осложнений при различной абдоминальной хирургической патологии. Материалы и методы. Проведен анализ историй 71 больного с различными патологическими жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства, которые находились на лечении в 2014 г в хирургическом отделении больницы «ВитаЦентр» г. Запорожье (Украина). Кисты/псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ) наблюдались у 13 пациентов, острые жидкостные скопления ПЖ – у 10, абсцессы брюшной полости – у 18, биломы – у 6, гематомы – у 8, серомы – у 16 пациентов. С целью улучшения результатов лечения пациентам выполнялась чрескожная пункция или дренирование под УЗИ контролем. Пункционный метод лечения применен у 40 больных, в том числе у 2 больных с кистозным поражением ПЖ, пункционно-дренажный – у 31 больного, в том числе у 11 - с кистозными поражениями ПЖ и у 20 - с абсцессами брюшной полости. Осложнения отмечены у 3 больных - кровотечение по ходу пункционного канала, которое купировано консервативными мероприятиями. Ультразвуковой динамический контроль осуществляли в первые трое суток. Повторные пункции (до 3-х) под контролем УЗИ понадобились 5 больным. Пункционно-дренажный метод был неэффективным у 4 больных с псевдокистами ПЖ из-за сообщения с протоковой системой. Применение чрескожных пункционных вмешательств в лечении пациентов с патологическими жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства позволяет добиться ликвидации послеоперационных осложнений не прибегая к травматичным хирургическим вмешательствам.

80. Выбор метода обезболивания у больных с критической ишемией нижних конечностей у больных с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического и диабетического генеза

Шаповал С.Д.(1) Савон И.А.(1) Софилканич М.М.(1) Захарчук А.В.(2)

Запорожье, Украина

(1) ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», кафедра амбулаторной, гнойно-септической хирургии и

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ультразвуковой диагностики (зав. – проф. Шаповал С.Д.); (2) Запорожский государственный медицинский университет, кафедра

Купирование болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического и диабетического генеза зачастую является трудно разрешимой задачей ввиду сложного патогенетического механизма возникновения. Блокады седалищного нерва используются для терапии хронической боли, особенно ишемического генеза. Для выполнения этой процедуры обычно используют анатомические ориентиры и тактильные ощущения. В настоящее время доказано, что применение ультразвук-ассистированной поддержки увеличивает процент успеха блокады и практически исключает вероятность непреднамеренной пункции самого нерва. Цель. Оценить эффективность ультразвук-ассистированной блокады для купирования болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического и диабетического генеза в рандомизированном клиническом исследовании. 31 пациент в возрасте от 47 до 72 лет, рандомизированы на две группы: А (n = 16) - стандартная анальгезия (морфин + НПВС); В (n = 17) – анальгезия НПВС (диклофенак натрия) + ультразвук-ассистированная блокада 30 мл смеси 1% лидокаина и 0,25% бупивакаина, которая вводилась в околоневральное пространство седалищного нерва. В группе А количество анальгезии 6-8 инъекций, в группе В – 1-2 манипуляции. Пункция выполнялась иглой для спинальной анестезии G 22. Для визуализации структур и контроля продвижения иглы использовался линеный датчик 8-12 МГц (Logiq e, GE, USA). Качество анальгезии оценивали через 2, 6 и 24 часа по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Применение ультразвук-ассистированной блокады привело к уменьшению количества баллов ВАШ (группа В, в сравнении с группой А, $M \pm SD$): после блокады ($1 \pm 0,2$ против $6,6 \pm 2,8$, $p < 0,05$) и на всех последующих временных этапах. Через 24 ч интенсивность боли по ВАШ в группе В - $1,6 \pm 0,5$, в группе А - $3,1 \pm 1,4$, $p > 0,05$. Через 48 часа в группе А интенсивность боли возрастала до $7,1 \pm 1,3$ по ВАШ, что требовало повторных введений стандартных анальгетиков. В группе В у 4-х пациентов нарастание боли через 48 часов до $3,2 \pm 0,5$, потребовало повторного выполнения ультразвук-ассистированной блокады. Ведение морфина в течение первых 24 часов после ультразвук-ассистированной блокады ниже в группе В не понадобилась в то же время в группе А вводился морфин, в среднем $60,4 \pm 19,2$ мг. Осложнения введения морфина в виде послеоперационной тошноты и рвоты в группе В не наблюдалось, в группе А это осложнение отмечено у 69%. Осложнений, связанных с техникой ультразвук-ассистированной блокады не отмечалось. Все пациенты, получившие блокаду, сообщили о высоком уровне удовлетворенности послеоперационным обезболиванием. Ультразвук-ассистированная блокада седалищного нерва у больных с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического и диабетического генеза обеспечивает высокоэффективное обезбоживание с минимальной частотой побочных осложнений. >

81. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Ермолов А.С., Гуляев А.А., Самсонов В.Т., Иванов П.А., Абдуламитов Х.К., Глибекова М.А.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ.

В настоящее время больные острым калькулёзным холециститом (ОХ) занимают второе-третье место по количеству поступающих в хирургические стационары, и второе - после острого аппендицита, по количеству оперированных. Лечение этих больных до сих пор остается актуальной проблемой неотложной хирургии, а подход к нему остаётся дискутабельным. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского применяется активно-выжидательная тактика с использованием малоинвазивных методов и этапного подхода к лечению. Цель исследования. Анализ результатов лечения больных ОХ. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 2207 пациентов ОХ за период с 2002 по 2013 г.г. Средний их возраст составлял 63 года, но преобладали пациенты пожилого и старческого возраста. В лечебно-диагностическом алгоритме использованы лучевые методы (УЗИ, рентгеновский, гепатобилиосцинтиграфия и магнитно-резонансная томография). При наличии патологии внепечёночных желчных протоков выполняли их санацию. С этой целью применяли диапевтические методы гибкой эндоскопии: ретроградную панкреатико-холангиографию, папилосфинктеротомию, а при необходимости и литоэкстракцию. Для декомпрессии желчного пузыря выполняли чрескожную чреспечёночную микрохолецистостомию под УЗ-наведением (ЧЧМХС) или холецистостомию из минидоступа (ХС). После обследования и коррекции сопутствующей патологии в оптимальных условиях производили радикальную операцию – видеолaparоскопическую (ВЛХЭ) или открытую холецистэктомию (ХЭ), которая выполнялась в редких случаях. В зависимости от выбранной тактики и сроков выполняемого оперативного вмешательства все больные были распределены в 3 группы. I группу составили 1572 пациента (71,2%), у которых на фоне консервативного лечения приступ ОХ купировался в течение первых 12-24 часов от момента поступления. После детального обследования им выполнили радикальную операцию. II группу составляли 97 больных (4,4%) у которых по данным динамического УЗИ приступ в течение этого времени не купировался. Пациентам не старше 60 лет, со сроком заболевания не более 72 часов, не входящим в группу повышенного риска по срочным показаниям выполнили радикальную операцию. В III группу входили 538 больных (24,4%) с высоким операционно-анестезиологическим риском, обусловленным большим сроком от начала заболевания и осложнениями ОХ. К ним относили рубцово-

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

инфильтративные изменения желчного пузыря и окружающих тканей, холедохолитиаз, холангит, протяжённые стриктуры внепеченочных желчных протоков, механическую желтуху и паравезикальные абсцессы. После коррекции сопутствующей патологии эти больные были перспективны на радикальную операцию. С целью декомпрессии желчного пузыря, в 1-2е сутки от момента поступления, им по срочным показаниям накладывали ЧЧМХС под УЗ-наведением. Пациентам старческого возраста, с малым жизненным ресурсом, независимо от результатов коррекции, бесперспективных на последующую радикальную операцию, под местной анестезией с внутривенным потенцированием выполняли ХС. Обсуждение результатов. 1525 больным (69,1%) I группы была успешно выполнена ВЛХЭ, а 39 пациентам (1,7%), с ранее перенесенными из верхне-срединного доступа полостными операциями, произведена ХЭ. Технические трудности, возникшие у 8 пациентов (0,3%) во время ВЛХЭ, послужили основанием для конверсии на ХЭ. В связи с сохраняющимся и прогрессирующим процессом в желчном пузыре 92 больным (4,1%) II группы успешно выполнена ВЛХЭ по срочным показаниям, а 5 пациентам (0,2%), с наличием плотных инфильтративных изменений в шейке желчного пузыря, произведена конверсия на ХЭ. В зависимости от вида оперативного вмешательства больные III группы были разделены на две подгруппы. Первую подгруппу составили 443 пациентов (20,1%), к которым применено этапное лечение. Первым этапом им выполнили наложение ЧЧМХС, а завершающим этапом ВЛХЭ, которую удалось выполнить у 436 больных (19,7%). В 7 случаях (0,3%) возникла необходимость перехода на ХЭ. Вторую подгруппу составляли 95 пациента (4,3%), которым, как заключительный метод лечения, произведена ХС. За исследуемый период у 4 больных (0,2%) отмечены интраоперационные, а у 6 (0,3%) – послеоперационные осложнения, летальные исходы были в 2 случаях (0,1%). Таким образом, применение активно-выжидательной тактики с принципом этапного лечения позволил расширить показания к ВЛХЭ, особенно у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском, получив при этом минимальные цифры осложнений и летальности.

82.ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Проф. Шнитко С.Н.(1), Пландовский В.А.(2), Томащук И.И.(2), Гомбалевский Д.В.(2)

г. Минск, Республика Беларусь

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1) Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2) 432 Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил

Морфологическая верификация патологического процесса в органах грудной клетки необходима для строгой индивидуализации планов лечения пациентов. В период с 1986 г. по 1996 г. нами изучено 303 биопсии тканей органов грудной клетки у 284 (93,7%) мужчин и 19 (6,3%) женщин в возрасте от 18 до 79 лет, средний возраст которых составил $48,0 \pm 2,7$ лет. У 126 (41,6%) больных материал из трахеи и бронхов брали биопсийными щипцами при фибробронхоскопии (ФБС). Биоптаты из париетальной плевры, легких и органов средостения получали методом трансторакальной игловой аспирационной биопсии (ТИАБ) у 177 (58,4%) пациентов, в том числе у 27 – под контролем компьютерного томографа (КТ). Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов отмечено в 133 случаях ($43,9 \pm 2,85$ %). У 90 пациентов ($29,7 \pm 2,63$ %) морфологически были установлены другие процессы. Частота получения неинформативного материала при биопсии (80 случаев или $26,4 \pm 2,53$ %) заставляет искать пути снижения нежелательных результатов. Один из них – выполнение биопсии под визуальным контролем. При пункционной биопсии плевры, получили материал, практически непригодный для патогистологического исследования в $34,5 \pm 4,47$ % случаев. Несколько лучшие результаты дает щипковая биопсия бронхов при ФБС ($21,5 \pm 3,73$ %) и пункционная биопсия легких и органов средостения ($20,3 \pm 5,03$ %). Биопсия легких и органов средостения под контролем КТ повысила информативность исследования до $88,9 \pm 6,05$ %. В расчете на повышение достоверности морфологической верификации патологических процессов в органах грудной клетки с декабря 1993 года нами использовалось взятие биоптатов методом видеоторакоскопии. Видеоторакоскопические биопсии в период с 1993 по 2013 г.г. выполнены у 188 пациентов. Объем полученного биоптата легочной ткани после видеоторакоскопической резекции составил $2,9 \pm 0,1$ см³ и был вполне достаточен для установления морфологического диагноза. В результате гистологического и цитологического исследований данных биоптатов у 187 из 188 больных установлен окончательный диагноз. Таким образом, видеоторакоскопическая биопсия органов грудной клетки располагает высокой достоверностью и разрешающей способностью. Информативность ее в нашем исследовании составила 99,5 %.

83. Анализ эндоскопического лечения острого панкреатита в ГКБ № 50

Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Ивлев В.П., Свитина К.А., Шитиков Е.А.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Москва

Дибиров М.Д.(1), Домарев А.В.(2), Ивлев В.П.(2), Свитина К.А.(2), Шитиков Е.А.(2)1) МГМСУ, кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии2) ГБУЗ ГKB № 50 ДЗ г. Москвы, эндоскопическое отделение

Острый панкреатит остается актуальной клинико-диагностической проблемой. Ведущим пусковым механизмом острого панкреатита является повышение давления в протоковой системе поджелудочной железы. Новым, малоинвазивным методом лечения острого билиарного панкреатита, требующего изучения, является эндоскопическое ретроградное вмешательство, направленное на устранение причины обструкции «желчного» дерева и декомпрессию главного панкреатического протока. Вопрос целесообразности эндоскопического лечения острого алиментарного панкреатита в настоящее время остается открытым. Цель исследования. Оценить возможность и эффективность проведения эндоскопической декомпрессии методом стентирования главного панкреатического протока при остром билиарном и алиментарном панкреатите в условиях стационара экстренной медицинской помощи. Материалы и методы. С ноября 2013г. по ноябрь 2014г. в эндоскопическом отделении ГKB № 50 было выполнено 30 эндоскопических ретроградных вмешательств больным с клинико-инструментальной картиной острого панкреатита. Показаниями к ретроградному эндоскопическому вмешательству у всех 30 больных явились клинические проявления, УЗ-картина острого панкреатита и повышение уровня альфа-амилазы более 500 ЕД. Вмешательство было выполнено 20 мужчинам (66,7%) и 10 женщинам (33,3%). По возрастному критерию больные распределились следующим образом: 30-49 лет – 10 (33,3%), 50-79 лет – 19 (63,3%), старше 79 лет – 1 (3,4%). В 17 наблюдениях этиология острого панкреатита оказалась связана с алиментарным фактором (алиментарный острый панкреатит), в 13 наблюдениях причиной острого панкреатита явилась патология билиарной системы (билиарный острый панкреатит), из них у 8 был выявлен изолированный холедохолитиаз, у 5 больных – сочетание рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха и холедохолитиаз. У всех 30 больных по срочным показаниям в течение 24-48 часов с момента поступления была успешно выполнена дуоденоскопия боковой оптикой с визуализацией продольной складки вертикальной ветви 12ПК. У 2-х больных ввиду резкого отека и расширения продольной складки, невозможности визуализации БДС канюляция желчной и панкреатической протоковых систем оказалась безуспешной. У 3-х больных канюляция панкреатического протока оказалась успешной, но безуспешной оказалась протоковая декомпрессия пластиковым стентом ввиду выраженной деформации и стриктуры главного панкреатического протока, в связи с чем вмешательство было завершено эндоскопической вирсунготомией. У 25 больным была выполнена успешная канюляция панкреатического протока, завершенная установкой пластикового полипропиленового стента диаметром 5Fr (9), 7Fr (14) и 8,5Fr (2) длиной 3-5см. В 7 наблюдениях при остром билиарном панкреатите наряду с декомпрессией главного панкреатического протока выполнялась ревизия холедоха, завершенная эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. В 2-х наблюдениях, при сопутствующем гнойном холангите, был установлен

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

назобилиарный дренаж, у 4 больных выполнена установка пластикового стента, в 1 наблюдении назобилиарный дренаж в течение недели был заменен на пластиковый стент. Больным после проведенного эндоскопического вмешательства в условиях реанимационного и палатного отделений проводилась инфузионная, антисекреторная, антибактериальная терапия. В течение 24-48 часов после стентирования главного панкреатического протока у 21 больного отмечена положительная клинико-инструментальная картина в виде ослабления и купирования болевого синдрома, понижения уровня α -амилазы до нормальных значений, положительная УЗ-динамика в виде уменьшения отека поджелудочной железы и нормализации ее эхогенности. В этой группе больных в течение 5-7 дней после стентирования при повторной ЭГДС (дуоденоскопии), пластиковый стент был удален, больные были выписаны на следующие сутки. У 3-х больных после стентирования в течение 7-10 дней отмечена отрицательная УЗ-картина в виде появления ограниченных мелких жидкостных скоплений в теле и головке поджелудочной железы, краевых панкреонекрозов без признаков инфицирования, в связи с чем больным было выполнено удаление стента, продолжена консервативная терапия, после чего они были выписаны в сроки 10-14 дней. Отмечен 1 летальный исход на 13 послеоперационный день после стентирования на фоне прогрессирования тяжелого панкреатита с развившимся профузным аррозионным внутрибрюшным кровотечением, следует отметить, что стентирование у данного больного было проведено спустя 48 часов с момента начала заболевания. Декомпрессия главного панкреатического протока путем ретроградного стентирования пластиковым полипропиленовым стентом, выполненная в ранние сроки (24-48 часов) острого панкреатита, является малоинвазивным, перспективным и эффективным методом лечения. Сопутствующее вмешательство (ЭПСТ, литоэкстракция и декомпрессия холедоха) при билиарном панкреатите во всех случаях устраняет основную причину данного заболевания и является эффективной профилактикой рецидива острого панкреатита. Декомпрессия панкреатического протока при остром алиментарном панкреатите не ухудшает результаты лечения данной категории больных и в большинстве случаев позволяет избежать прогрессирования заболевания, предотвращает инфекционные осложнения, но ввиду низкой изученности вопроса требует дальнейшего накопления опыта.

84. Опыт использования лапароскопии при абдоминальной травме.

Захаров Д.В., Уханов А.П., Смирнов В.Н., Жилин С.А., Прилуцких Ю.А., Шахабудинов М.Ш., Лимарь С.С.

Великий Новгород

ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница»

С января 2013 по декабрь 2014 года по поводу травмы живота оперировано 79 человек. Лапароскопический метод использовали у 43 пациентов. Из них 25 человек оперированы по поводу колото-резаных ранений живота, один пациент с торакоабдоминальным ранением, в 17-и случаях лапароскопия была использована при тупой травме живота. При диагностической лапароскопии у 9 больных выявлено повреждение печени. Повреждение полых органов: желудок, двенадцатиперстная и тонкая кишка выявлены в 12 случаях. В 8 случаях при открытой и закрытой травме живота повреждения органов не выявлено. У остальных пострадавших были диагностированы повреждения большого сальника, париетальной брюшины и брыжейки тонкой кишки. Показанием к проведению лапароскопии являлась неясная клиническая картина при тупой травме живота, невозможность исключения повреждения внутренних органов живота с помощью других диагностических методик, наличие проникающего ранения живота, а также множественные колотые ранения брюшной стенки. Выбор в пользу лапароскопии совершался при наличии организационных возможностей - хирург владеющий эндохирургической техникой и отсутствие противопоказаний в виде геморрагического шока и распространенного перитонита. Для операции использовалось как минимум 2 троакарных порта, при необходимости вводились дополнительные троакары. При ранениях печени, с целью гемостаза в 7 случаях использовалась коагуляция, в одном случае был использован интракорпоральный шов. При ранениях полых органов, интракорпоральный шов был использован у 4-х пациентов. Конверсия доступа к лапаротомии выполнена у 9 человек, из них поводом для конверсии стало ранение полых органов в 8-случаях, и одно массивное повреждение печени. При ранениях передней стенки желудка и 12 перстной кишки для исключения повреждения задней стенки в 2-х случаях выполнена ЭГДС, что позволило избежать дополнительной мобилизации желудка и 12 перстной кишки. Послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости не было. В одном случае, при торакоабдоминальном ранении возникла очаговая пневмония. Средняя продолжительность вмешательства составила 90 минут. Характерными особенностями послеоперационного периода, являлись: минимальный болевой синдром и минимальная потребность в медикаментах, уменьшение койко дня до 7,4 суток. Первый опыт использования лапароскопии, при лечении больных с ранениями живота на уровне нашей больницы оказался успешным. При достаточном опыте, лапароскопия является эффективной и безопасной методикой, с минимальным количеством осложнений. Использование лапароскопии при отсутствии повреждений в брюшной полости позволяет избежать лапаротомии. При владении методикой интракорпорального шва и отсутствии таких противопоказаний как тяжелая кровопотеря и распространенные формы перитонита, большинство повреждений органов брюшной полости, может быть устранено с использованием эндовидеохирургической технологии.

85. Опыт использования интракорпорального шва при перфоративной язве.

Захаров Д.В., Уханов А.П., Смирнов В.Н., Жилин С.А, Прилуцких Ю.А., Лимарь С.С. Гарбач А.С.

Великий Новгород

ГБОУЗ «Центральная городская клиническая больница»

Прободные язва желудка и 12 перстной кишки, являются острой хирургической патологией живота, требующей неотложной помощи. За более чем столетнюю историю хирургического лечения перфоративной язвы, подход к лечению претерпел огромные изменения. В настоящее время, при наличии мощных блокаторов секреции соляной кислоты и антихелкобактерных препаратов, необходимость радикальных вмешательств в ургентной хирургии перфоративной язвы резко снизилось, и на первое место в лечении данной патологии выходит минимизация операционной травмы. Цель исследования улучшение результатов лечения больных с прободной язвой за счет использования эндовидеохирургии. Применение эндошва при перфоративной язве, началось в нашей клинике, с марта 2013 года. За этот период по декабрь 2014 года оперирован 131 пациент по поводу перфоративной язвы, из них 34 были оперированы с использованием лапароскопии. Традиционный доступ использовался в 97 случаях. Диагностический алгоритм при подозрении на перфоративную язву, состоит из проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с последующим рентген контролем. Обнаружение при ЭГДС исследовании помимо перфорации других осложнений язвенной болезни, таких как, пенетрация, рубцово-язвенный стеноз и др. расценивали как противопоказание для проведения лапароскопии. При отсутствии противопоказаний, наличии технических и организационных возможностей (хирург владеющий техникой эндошва) операцию производили с использованием лапароскопии. Результаты. Из 34 вмешательств полностью лапароскопическим способом выполнена 31 операция, в 3-х случаях потребовалась конверсия. Объем операции заключался в ушивании перфоративного отверстия одно- или двухрядным швом. В одном случае объем операции был расширен из-за интраоперационной находки - кисты правой доли печени. В этой ситуации дополнительно произведена фенестрация кисты печени. Однорядный шов для ушивания язвы, использовался в 4-х случаях. При этом способе, для проверки герметичности производилось погружение шовной линии под водный раствор с инсуфляцией желудка и 12 перстной кишки воздухом. В остальных случаях использовалась методика наложения 2-х рядного шва на

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

перфоративный дефект. Существенным фактором, предопределившим применения 2-х рядного шва, явился случай недостаточности однорядного шва у одной из первых пациенток. Средняя продолжительность вмешательства составила 70 минут. Осложнение в виде недостаточности эндошва возникли у 1-й пациентки. В данном случае имелась перфоративная язва 12 перстной кишки с пенетрацией и стенозом. Недооценка данных ЭГДС исследования и данных диагностической лапароскопии привела к тактической и технической ошибке во время операции. Перфоративное отверстие было ушито однорядным z-образным швом, что привело к недостаточности шва и потребовало выполнения открытой операции, на 2-е сутки послеоперационного периода. За этот-же период, по поводу перфоративных язв, лапаротомным способом выполнено 97 вмешательств. В подавляющем большинстве случаев - 72 пациента, выбор операции в пользу лапаротомии, был обусловлен отсутствием в дежурной бригаде хирурга владеющего методикой интракорпорального шва. У остальных больных, выбор в пользу лапаротомного доступа, был обусловлен выявленными на этапе дооперационной диагностики противопоказаниями к использованию лапароскопии, у 15 человек помимо перфорации имелось сочетание пенетрации и стеноза, 10 пациентов оперированы с разлитыми формами перитонита. 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. После операции традиционным доступом, отмечалась большая потребность в медикаментах и анальгетиках. Послеоперационные осложнения в брюшной полости зарегистрированы у 2-х больных (подпеченочный абсцесс, послеоперационный панкреатит). В 4-х случаях имелись инфекционные осложнения в области послеоперационной раны. В среднем стационарное лечение составило 10,2 койко-дня. Наш небольшой опыт использования эндошва при прободной язве показал, что данная методика имеет ряд преимуществ перед традиционным вмешательством в виде снижения болевого синдрома, ранней активизации больных, уменьшении длительности стационарного лечения. Для применения этой методики имеется ряд противопоказаний, которые необходимо установить на дооперационном этапе, а именно сочетание перфоративной язвы с пенетрацией, стенозом или кровотечением. Для освоения интракорпорального шва, от хирурга требуются больше временных затрат по сравнению с операциями, направленными на удаление пораженного органа (лапароскопическая аппендэктомия, лапароскопическая холецистэктомия). При овладении методикой интракорпорального шва, данное вмешательство может рассматриваться как операция выбора при перфоративной язве.

86.Профилактика осложнений миниинвазивных антеградных, ретроградных эндоскопических вмешательств при механической желтухе

Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Васильева М. А., Эльдерханов М. М., Хоконов М.Р.

Москва

Московский Государственный Медико Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова

Несмотря на диагностическую информативность, лечебную эффективность миниинвазивность антеградные, ретроградные и эндоскопические транспапиллярные вмешательства у 5-7% больных вызывают серьезные осложнения: острый панкреатит, острый холангит, холангиогенные абсцессы печени, кровотечения из области БДС после ЭПСТ, перфорация стенки холедоха или двенадцатиперстной кишки. Проведен анализ осложнений у 300 пациентов с механической желтухой. Пациенты старших возрастных групп (70 и старше) составили 78,3%. Основное заболевание у большинства больных было отягощено тяжелой сопутствующей паталогией у 89%. По АРАСНЕ 11 средняя тяжесть была у 48%, тяжелая – 28, крайне тяжелая (>21 б) – 10%. Гипербилирубемия > 100 ммоль/л была у 82%. Для разрешения механической желтухи применены: лапароскопическое дренирование желчного пузыря и холедоха – 40 (13%), антеградные холангиостомии и стентирования – 54 (18%), ЭПСТ + дренирование – 186(62%), одномоментные анте и ретроградные вмешательства у 20 (7%). Для профилактики интра и послеоперационных осложнений строго придерживались соблюдения организационных мероприятий: профилактика тактических и технических ошибок, учет гемокоагулограммы, анатомических и психологических особенностей, полноценное медикаментозное сопровождение до, во время и после выполнения хирургического эндоскопического пособия включающее: прием дюспаталина, ингибиторов протонной помпы, ингибиторов протеолитических ферментов (октреотид 200 мкг до и после исследования) адекватной инфузионной терапии, обезболивание, соблюдение режима питания. Осложнения из 300 больных в виде острого панкреатита отмечено у 24(8%), в основной группе (150) – 6 (4%), контрольной (150) – 18 (12%). Кровотечений было всего у 18 (6%), основной группе - 8 (5,%), контрольной – 10 (6,6%). Перфорации 12 п.к. отмечено у 4 (1,3%), по 2 в каждой группе. Умерло от острого панкреатита 5 (1,6%), основной группе 2 (1,3%), контрольной 3 (2%). Таким образом, анализ материала убедительно показывает преимущества целенаправленного проведения профилактических мероприятий для снижения осложнений после эндоскопических антеградных и ретроградных вмешательств на желчных путях при механической желтухе.

87.ВЫБОР МЕТОДА АДРЕНАЛЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Павлов А.Э., Воронов А.В., Ухожанский В.А.

г. Хабаровск

Павлов А.Э.(1,2), Воронов А.В.(1,2), Ухожанский В.А.(2)Кафедра хирургических болезней КГБОУ ДПО ИПКСЗ, г.Хабаровск (1),Хирургическое отделение Краевой Клинической больницы №1 им. проф. С.И.Сергеева г.Хабаровск (2).

На базе хирургического отделения ККБ№1 г.Хабаровска с 2001 года по декабрь 2014 года, выполнено 44 адреналэктомии через люмботоми-ческий доступ больным в возрасте от 24 до 75 лет. Из них 8 (18.18%) мужчин и 36 (81.81%) женщин. Размеры патологического образований надпочечников варьировали от 2 до 30 см. В 20 случаях (45.45%) был поражен правый надпочечник, в 24 случаях (54.54%) левый надпочечник. Гормонально-активных новообразований было 11 (25%), гормонально-неактивных 33 (75%). Продолжительность операции составляло от 30 до 150 минут, в среднем 80 минут. Морфологически патология надпочечников распределилась следующим образом: аденома коры надпочечника 19 (43.18%), феохромоцитома 3 (6.8%), киста надпочечника 5 (11.36%), гиперплазия коркового слоя 4 (9%), кортикобластома 8 (18.18%), кавернозная гемангиома 1 (2.27%), злокачественная параганглиома 1 (2.27%), тератома 1 (2.27%), хемодектома 1 (2.27%). В послеоперационном периоде все больные, в среднем в течение 3 дней, получали наркотические анальгетики. В 5 случаях (11.36%) отмечено нагноение п/о шва. П/о койка день составил от 9 до 83 дней, в среднем 15.6 к/д. За этот же период было выполнено 76 лапароскопических адреналэктомий больным в возрасте от 24 до 70 лет. Из них 10 (13.15%) мужчин и 66 (86.84%) женщин. Размеры образований надпочечников варьировали от 1 до 10.5 см. В 47 случаях (61.84%) был поражен правый надпочечник, в 29 случаях (38.15%) левый надпочечник. Гормонально-активных новообразований было 28 (36.84%), гормонально-неактивных 48 (63.15%). Продолжительность операции составляло от 45 до 200 минут, в среднем 90 минут. Морфологически патология надпочечников распределилась следующим образом: аденома коры надпочечника 51 (67.1%), феохромоцитома 9 (11.84%), киста надпочечника 7 (19.4%), кортикобластома 4 (5.26%), нейрофиброма 1 (1.31%), Mts рака почки противоположной стороны 1 (1.31%) случай. Размер кортикобластомы составлял от 3 до 6 см (4 случая). Показаниями для лапароскопической адреналэктомии служило наличие новообразование надпочечника, не зависимо от гормональной активности, размерами не более 10 см. С 2001 по 2013 год лапароскопические адреналэктомии выполнялись через передний трансаб-доминальный доступ. Через данный

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

доступ оперировано 47 (61.84%) пациентов. С 2013 по декабрь 2014 год используется боковой трансабдоминальный доступ. Данным доступом оперировано 29 (38.15%) пациентов. Для выделения надпочечника использовались ультразвуковой скальпель (Hormonic или SonoSurge-II) и аппарат LigaSure. Центральная вена надпочечника в 10 (13.15%) случаях пересекалась после её клипирования, а в 66 (86.84%) обработана с помощью аппарата LigaSure. Из 76 операция было 2 (2.63%) конверсии. Причинами первой конверсии явилось прорастание кортикобластомы в сосудистую ножку левой почки, не диагностированное до операции, с развитием кровотечения. Причинами второй было кровотечение из феохромоцитомы справа, размеры опухоли 10.5 см. В послеоперационном периоде больные оперированные лапароскопическим способом наркотические анальгетики не получали. П/о койка день составил от 4 до 20 дней, в среднем 8.2 к/д. Выводы: внедрение лапароскопической эпинефрэктомии позволило снизить послеоперационный койко-день в 2 раза по сравнению с традиционными вмешательствами; отказаться от наркотических анальгетиков в п/о периоде; применение современных аппаратов для диссекции тканей позволяет сократить время лапароскопической операции и снизить интраоперационную кровопотерю; обработка центральной вены надпочечника с использованием аппарата LigaSure является надежным способом гемостаз и уменьшение время операции; боковой трансабдоминальный доступ является более удобным доступом при операциях на надпочечниках по сравнению с передним трансабдоминальным доступом и позволяет в большинстве случаев отказаться от второго ассистента на операции.

88.Интраоперационные повреждения полых органов живота в абдоминальной хирургии

Унгурян В.М., Демко А.Е., Суров Д.А., Бабков О.В., Осипов А.В., Святненко А.В.

Санкт-петербург

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

С целью анализа характера и обстоятельств возникновения интраоперационных повреждений полых органов живота (ППОЖ) в абдоминальной хирургии проведено анонимное анкетирование 37 хирургов с высшей квалификационной категорией, работающих в различных лечебных учреждениях г. Санкт-Петербурга. Дополнительно сбор информации осуществлялся из протоколов патологоанатомических

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

вскрытий и результатов судебно-медицинских экспертиз. Общее количество наблюдений составило - 52 случая. Проведенный анализ показал, что в общей структуре интраоперационных повреждений при операциях на органах живота ППОЖ занимает первое место и составляет - 27,8% наблюдений. В 34(65,3%) случаев данные оперативные вмешательства были плановыми, и только 18(34,7%) наблюдений носили экстренный характер. Лапаротомным доступом осуществлялось 22(42,3%) операции, эндовидеохирургические вмешательства и различного рода диагностические манипуляции (ФГДС, ФКС, ЭРХПГ и т.д.) встречались в равной степени по 12(23,1%) наблюдений соответственно, в 6 (11,5%) случаях выполнялся лапароцентез. В 26 наблюдений ППОЖ встречались объективные трудности затрудняющие проведения операции. Установлено, что наиболее характерным из них был спаечный процесс - 17(65,3%), воспаление и отек тканей встречались в 5(19,3%), анатомические вариации - в 4 (15,4%). Результат нашего исследования показал, ППОЖ диагностируются своевременно, а именно: в 29(55,7%) - интраоперационно, 22(42,4%) - в ближайшем послеоперационном периоде. Лишь в 1(1,9%) наблюдениях такое повреждение было выявлено в отдаленные сроки после операции. Осложнения ППОЖ во всех случаях были инфекционные и отмечались в 17(32,6%) наблюдений. Во всех случаях обнаружения ППОЖ проводились восстановительные оперативные вмешательства, которые были направлены на устранение дефекта. В 32(61,5%) случаях выполнялся шов места повреждения, в 10(19,2%) случаях выполнялась резекция участка повреждения, в 3(5,7%) производили наложение различных кишечных стом. Реконструктивные и пластические оперативные вмешательства производились в 7(13,6%) наблюдениях. Летальные исходы имели место в 10(19,2%) наблюдениях, при этом, только в 3(5,7%) случаях они были связаны с ППОЖ. Таким образом, ППОЖ занимает ведущее место в структуре интраоперационных повреждений в абдоминальной хирургии. Наибольший риск их возникновения существует при плановых операциях, которые осуществляются лапаротомным доступом.

89. Малоинвазивная хирургия перфоративных гастродуоденальных язв

Совцов С.А., Подшивалов В.Ю.

Челябинск

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Цель работы - улучшение непосредственных результатов лечения перфоративных гастродуоденальных язв. Материал и методы – работа основана на изучении результатов лечения 272 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, лечившихся в клинике хирургии Южно-Уральского медицинского университета на базе ОГКБ № 3 за период с 2010г. по 2014г. В основную группу (135 человек) вошли больные, у которых при лечении использовались традиционные хирургические (лапаротомные) и малоинвазивные технологии ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Малоинвазивные методики состояли из лапароскопических и комбинированных. Лапароскопические технологии включали: а) традиционное ушивание перфоративной язвы (19 больных); б) ушивание перфорации с использованием оригинального инструмента для экстракорпоральных узлов (6 больных); в) клипирование перфоративной язвы скобками оригинальной конструкции (3 больных); г) биэндоскопическое ушивание перфораций (5 больных). К комбинированным методикам ликвидации перфораций гастродуоденальных язв относили: а) сочетание видеолапароскопии (для диагностики и санации брюшной полости) и минилапаротомии (для ушивания перфоративного отверстия с помощью комплекта инструментов типа «мини-ассистент»– 84 больных); б) комбинированный способ ушивания перфорации язвы через минилапаротомный доступ с фиксированной нитью в сочетании с видеолапароскопией (18 больных). Группу сравнения составили 137 пациентов, которым ушивание перфоративной язвы было выполнено лапаротомным доступом. Результаты – при использовании малоинвазивных способов оперативного лечения имело место достоверное уменьшение сроков разрешения послеоперационного пареза кишечника ($P < 0,005$). Малый размер операционного доступа способствовал снижению послеоперационных нагноений раны. Следствием малой травматичности, раннего восстановления перистальтики- являлся достоверно меньший срок пребывания в стационаре больных, оперированных малоинвазивными методиками ($P < 0,005$) Заключение - клиническое использование предложенных инструментов и технологий при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки позволило уменьшить количество стандартных традиционных лапаротомий, что улучшило непосредственные результаты лечения: снижение послеоперационных осложнений (с 8,8% до 3,6%) и летальности (с 2,9% до 0%) в сравниваемых группах больных. >

90.Обработка ложа желчного пузыря с помощью диодного лазера после лапароскопической холецистэктомии

Челябинск

(1)Челябинский государственный институт лазерной хирургии(2)Южно-Уральский государственный медицинский университет

Обработка ложа желчного пузыря при выполнении лапароскопической холецистэктомии наиболее часто производится с помощью высокочастотных электрохирургических аппаратов, работающих в монополярном и биполярном режимах. Преимущества электрокоагуляции общеизвестны, однако ее использование имеет свои особенности и потенциальные проблемы: термические ожоги печени различной степени тяжести, проявляющиеся значительным повышением активности специфических печеночных ферментов после операции, формированием инфильтратов в ложе желчного пузыря, феномен «туннелизации» тока с повреждением трубчатых структур гепатодуоденальной связки и соседних органов, феномен демодуляции тока с поражением пациента током низкой частоты, ожог пациента в области пассивного электрода. Электрокоагуляция предусматривает контакт инструмента с раневой поверхностью, что приводит к «прилипанию» рабочей части инструмента к ткани печени с последующим отрывом коагуляционного струпа и возобновлением кровотечения и желчеистечения. Технические сложности и осложнения при обработке ложа желчного пузыря наиболее часто возникают при выраженном инфильтративно-спаечном процессе в ложе желчного пузыря у больных с деструктивным холециститом, склероатрофическим желчным пузырем, и циррозом печени. В качестве альтернативной методики в нашей клинике разработан и успешно используется метод обработки ложа желчного пузыря с помощью высокоинтенсивного излучения диодного лазера ALTO-3000 с длиной волны 0,805 мкм. Лапароскопическая холецистэктомия производится по стандартной методике до этапа отделения желчного пузыря от печени. Затем эндоножницами желчный пузырь субсерозно выделяется из ложа без применения электрокоагуляции. В брюшную полость вводится световод через канал аспиратора-ирригатора, что позволяет производить одновременную санацию раневой поверхности печени. Обработка ложа желчного пузыря производится расфокусированным лазерным лучом начиная с интенсивно кровоточащих участков. Затем коагулируется вся раневая поверхность печени до формирования нежного белесовато-коричневого струпа. К ложу желчного пузыря подводится контрольная силиконовая трубка. На этом операция заканчивается. При выраженном инфильтративно-спаечном процесс в ложе желчного пузыря выполняем субтотальную холецистэктомию по Прибраму с последующим «выпариванием» (лазерная мукоклазия) оставленных фрагментов желчного пузыря до формирования нежного белесовато-коричневого струпа. В последний год по разработанной методике в клинике выполнено 20 лапароскопических холецистэктомий. Выраженный инфильтративно-спаечный процесс в ложе желчного пузыря имел место у 12 пациентов: при остром холецистите (6 пациентов), склероатрофическом желчном пузыре (4 пациента) и циррозе печени (2 пациента). Анализ ближайших результатов лапароскопической холецистэктомии с применением диодного лазера

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

показал: 1. Температурная реакция $37,2 \pm 0,3$ С имела место только в первые сутки после операции. 2. Незначительное повышение активности трансфераз, АЛТ ($57 \pm 8,7$ ЕД/л) и АСТ ($56 \pm 7,2$ ЕД/л) на 2-е сутки после операции свидетельствует о минимальном повреждении печеночной ткани. 3. Размер коагуляционного струпа в ложе желчного пузыря на 2-3 сутки после операции по данным УЗИ при хроническом холецистите не превышал 1 мм, при остром холецистите – 2-3 мм, что свидетельствует о минимальной воспалительной реакции тканей в области операции. Осложнений во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде нами не отмечено. Кровопотеря во время операции не превышала 7 мл. Срок пребывания больных в стационаре после операции составил $3,4 \pm 0,6$ дня. Первые операции в клинике с применением диодного лазера позволили выявить следующие преимущества метода: 1. Бесконтактность. 2. Эффективный гемостаз и желчестаз. 3. Выраженный бактерицидный эффект. 4. Отсутствие потенциальной опасности электрохирургических осложнений. 5. Отсутствие задымленности в зоне операции. 6. Техническая простота и малое время манипуляции. 7. Простое техническое обслуживание и компактность данного лазера. Наш первый опыт позволяет сказать, что в настоящее время обработку ложа желчного пузыря с помощью диодного лазера можно считать методом выбора при лапароскопической холецистэктомии, особенно у больных с выраженным инфильтративно-спаечным процессом в области ложа желчного пузыря.

91. Факторы риска рецидива пилородуоденальной язвы после ее лапароскопического ушивания вследствие прободения

Оскретков В.И., Ганков В.А., Гурьянов А.А., Андреасян А.Р., Исаева Т.Г., Можевикина Е.В.

г. Барнаул

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

Работа основана на результатах обследования и лечения 72 больных, после видеолапароскопического зашивания прободной язвы пилородуоденальной зоны. Начиная с первых суток после операции и после перевода в гастроэнтерологическое отделение больные получали этиотропное противоязвенное лечение. В результате этого рубцевание язвы наступило почти у всех пациентов ($97,2 \pm 5,7\%$). В сроки от 1 месяца до 7 лет после операции пациенты были обследованы. Объем проводимых исследований включал: ФГДС, гистологическое исследование биоптатов слизистой

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

оболочки желудка (СОЖ) и ДПК, определение обсемененности СОЖ *Helicobacter pylori*, рентгеноскопия желудка и ДПК, гастродуоденоманометрия, дуоденодебитоманометрия, манометрия пищеводно-желудочного перехода, суточная внутрижелудочная рН-метрия. Несмотря на наличие зарубцевавшейся язвы течение первого месяца после операции были выявлены выраженные морфофункциональные изменения в желудке. Так по данным гастродуоденоманометрии у $67 \pm 5,7\%$ больных отмечено снижение моторной функции желудка, нарушение координации сокращений в антрум-пилородуоденальной зоне ($59,8 \pm 5,8\%$). При проведении дуоденодебитометрии у $2/3$ больных зарегистрирован дуоденогастральный рефлюкс, а у $1/4$ пациентов признаки хронической дуоденальной непроходимости различной степени выраженности. По данным суточной внутрижелудочной рН-метрии у $54,4 \pm 5,8\%$ больных зафиксировала гиперацидное состояние, при этом среднее значение рН в теле желудка было $1,2 \pm 0,4$. По данным ФГДС гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 6 пациентов ($8,4 \pm 0,8\%$), хронический эзофагит – у 6 больных ($8,4 \pm 0,8\%$), хронический гастрит – у всех наблюдавшихся больных, дуоденогастральный рефлюкс – у 10 пациентов ($13,9 \pm 1,5\%$), рубцово-язвенная деформация ДПК – у 38 пациентов ($52,8 \pm 6\%$), компенсированный стеноз ДПК – у 6 пациентов ($8,4 \pm 0,8\%$), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – у 3 больных ($4,2 \pm 0,4\%$). При гистологическом исследовании биоптатов СОЖ у всех пациентов отмечены признаки хронического гастрита. У большинства из них (37 чел., $51,4 \pm 5,9\%$) был обнаружен хронический поверхностный гастрит, у 8 человек ($11,1 \pm 1,2\%$) – атрофический гастрит, у 3 человек ($4,2 \pm 0,4\%$) – эрозивный гастрит, у 2 больных ($2,8 \pm 0,4\%$) выявлена кишечной метаплазия. У большинства обследованных (48 чел., $66,7 \pm 5,8\%$) при проведении гистологического исследования и (или) уреазного теста обнаружено различной степени обсеменение слизистой желудка *Helicobacter pylori*. Преимущественно встречалось обсеменение слизистой оболочки желудка 1 степени (38 чел., $52,3 \pm 5,9\%$), у 7 пациентов ($9,7 \pm 0,8\%$) – 2 степени и у 3 пациентов ($4,2 \pm 0,5\%$) – 3 степени. Манометрия пищеводно-желудочного перехода у большинства больных ($77,8 \pm 5\%$) выявила нарушение замыкательной функции кардии за счет укорочения и снижения тонуса нижней пищеводной зоны высокого давления. В сроки от 1 месяца до 7 лет после зашивания прободной пилородуоденальной язвы рецидив заболевания возник у $26,4 \pm 3,5\%$ пациентов, при этом, часть из этих больных периодически получали поддерживающую медикаментозную (антисекреторную) терапию. Выводы: У больных, перенесших зашивание прободной пилородуоденальной язвы, имеются морфофункциональные изменения со стороны желудка и ДПК, которые могут способствовать развитию рецидива заболевания. Эти пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении с проведением поддерживающей этиотропной медикаментозной терапии, а при необходимости хирургической коррекции выявленной патологии (пилородуоденальный стеноз, сочетание язвенной болезни и ГПОД, непрерывно рецидивирующее течение заболевания).

92.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ГИБРИДНЫЕ СПЛЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ - ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

БЫСТРОВ С.А., КОРЫТЦЕВ В.К., ГРАЧЕВ Б.Д., ТОЛКАЧЕВ Ю.С.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Спленэктомия является важным этапом в комплексном лечении больных гематологического профиля и дает стойкий клинический эффект у 60-80% больных. Клиника госпитальной хирургии СамГМУ более 30 лет занимается хирургической гематологией и обладает опытом более 500 спленэктомий. До 2014 года больных мы оперировали лапаротомным доступом. 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. При открытом способе выполнения операции их частота, к сожалению, не уменьшается, а поэтому поиск способов, направленных на профилактику этих осложнений, позволит улучшить результаты лечения больных. Применение видеолaparоскопических технологий позволяет значительно улучшить результаты лечения этой категории больных. Однако эти операции являются очень сложными для хирурга. Противопоказаниями к лапароскопической методике являются низкий уровень тромбоцитов (ниже $50 \times 10^9/\text{л}$), спленомегалия более 20 см, общие противопоказания для проведения лапароскопии. С 2014 года в клиниках СамГМУ внедрена лапароскопическая гибридная спленэктомия при лечении гематологических больных. С нашей точки зрения, эта операция сочетает в себе все преимущества как лапароскопических, так и лапаротомных операций. Нами выполнено 11 таких операций. Средний возраст больных - $46,2 \pm 4,5$ года, женщин было 8, мужчин - 3. По поводу тромбоцитопении оперировано 9 пациентов, средний уровень тромбоцитов до операции $45,8 \pm 13,8 \times 10^9/\text{л}$, причем у 2 больных уровень тромбоцитом был критически низкий - $14 \times 10^9/\text{л}$ и $8 \times 10^9/\text{л}$. Средний размер селезенки - $12,6 \pm 2,8$ см. У двух больных спленэктомия выполнена по поводу гемолитической анемии. Средний размер селезенки - $24,1 \pm 2,5$ см. Продолжительность операций - $95,2 \pm 12,5$ мин. Операция выполнялась в боковом латеральном положении больного на левом боку с валиком. Устанавливали три порта: 1 - Hand-port, 2 порт (10 мм) для инфляции и видеосистемы с углом обзора 30° , 3 порт (15 мм) для введения рабочих инструментов - гармонических ножниц, клиппера и сшивающего аппарата. Мобилизация селезенки осуществлялась с помощью

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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) . Селезенка извлекалась из брюшной полости через Hand –port. Обязательно проводили ревизию на предмет добавочных селезенок, которые могут встречаться в 5-10% наблюдений. Интраоперационная кровопотеря составляла $55,4 \pm 15,2$ 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 $6,25 \pm 1,1$ 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. Ни в одном наблюдении не потребовалось переливания компонентов крови и нахождения больного в отделении реанимации. Наш первый опыт позволяет сделать оптимистический вывод о том, что низкий уровень тромбоцитов (менее 50×10^9) и размеры селезенки более 20 см не является противопоказанием к выполнению лапароскопической гибридной спленэктомии. Тщательный интраоперационный гемостаз с прецизионной методикой выполнения операции позволяет значительно снизить процент осложнений.

93. Роль лапароскопического ультразвукового исследования в ургентной хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны

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

Смоленск

1) Смоленская Государственная медицинская академия 2) Клиническая больница скорой медицинской помощи

Цель исследования. Улучшение интраоперационной диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны при помощи лапароскопической ультразвуковой томографии (ЛсУЗТ). Материалы и методы. В основу исследования положен анализ 130 диагностических лапароскопий, выполненных пациентам в возрасте от 23 до 78 лет, из них

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

54 (41,5%) женщины и 76 (58,5%) мужчины, которые поступили с диагнозом острый калькулезный холецистит, острый панкреатит, осложненный перитонитом. Для осуществления полноценного интраоперационного полипозиционного исследования использовался лапароскопический датчик с частотой сканирования 7,5МГц аппарата «Aloka - 500», с 2013 года нами применяется 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. Во время выполнения диагностической лапароскопии, проводили по разработанному нами алгоритму ЛсУЗТ. Исследование включало три этапа: исследование печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы. ЛсУЗТ было более точным и информативным за счет полипозиционности сканирования и исключения влияния газов в кишечнике на прохождение ультразвука. Во время выполнения ЛсУЗТ у 15 (11,5%) больных диагностирована деструкция стенки желчного пузыря, у 11 (8,5%) больных был выявлен холедохолитиаз, у 13 (10%) больных – деструктивный панкреатит, у 3 (2,3%) больных – повреждение печени различной глубины и протяженности. При выполнении ЛсУЗТ получен ложноотрицательный результат у двух больных (1,5%), не было выявлено повреждение в терминальном отделе холедоха, в связи с парезом двенадцатиперстной кишки. Заключение. ЛсУЗТ является методом, который дает возможность оценивать структуру органов и тканей во время лапароскопических операций. ЛсУЗТ позволяет в случаях, с неясной клинической симптоматикой и трудностями дооперационной диагностики, выявить причину заболевания.

94. КОМПЛЕКСНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА

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

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) приводит к увеличению таких ее серьезных осложнений, как внутренние билиодигестивные свищи и кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки желчными камнями. Билиарный илеус (БИ) встречается у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) или 0,2-0,6% от всех оперированных по

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поводу ЖКБ, является сложной хирургической проблемой. Цель. Оценить возможности миниинвазивного хирургического лечения БИ. БИ встретился у 48 пациентов, поступивших в хирургические клиники КубГМУ в БСМП. Диагностическая программа при ОКН включала в себя: обзорную рентгенографию живота, ультрасонографию, компьютерную томографию, ФГДС, видеолапароскопию. Высокая ОКН диагностирована у 37 больных (77,1%): на уровне двенадцатиперстной кишки - у 3 пациентов (6,3%), с обтурацией в 50-150 см дистальнее двенадцатиперстно-тощекишечного перехода выявлена у 34 пациентов (70,8%); низкая ОКН (на уровне терминального отдела подвздошной кишки) выявлена у 11 больных (22,9%). Диагностировать БИ до операции удалось только у 26 больных (54,2%); у всех остальных 22 пациентов причина обтурационной ОКН определена интраоперационно. При хирургическом лечении БИ применялись следующие виды доступов: стандартный лапаротомный, мини-доступ и лапароскопический. Разобщение патологического билио-дигестивного соустья, дуоденорафия, холецистэктомия с ревизией желчных протоков, энтеролитотомия выполнены у 39 пациентов (81,3%). В четырех случаях потребовалась резекция тонкой кишки, а у пяти пациентов удалось выполнить полный объем оперативного пособия эндохирургическим способом. У 9 больных - операция ограничена лишь энтеролитотомией. Летальность - 6,3%. Результаты и обсуждение. В случае подтверждения билиодигестивного свища (что является вероятным при БИ) тактика должна определяться наличием технической возможности и готовностью операционной бригады для выполнения ЛХЭ с разобщением пузырно-кишечного свища и закрытием дуодено-, еюно- или колонотомического отверстия, но, главное, - тяжестью состояния пациента. Важным аспектом миниинвазивных операций при обтурационной ОТН любого генеза является то, что наличие полной непроходимости с проксимальной кишечной гипертензией создаёт неблагоприятные условия для эвакуации кишечного содержимого с минимальной микробной контаминацией брюшной полости при изолированном лапароскопическом доступе. С помощью минидоступа, проекцию которого на переднюю брюшную стенку легче определить при лапароскопии, возможно обеспечить полноценную эвакуацию кишечного содержимого и декомпрессию тонкой кишки без риска массивной микробной контаминации брюшной полости. Кроме того, возникающая необходимость выполнения закрытия энтеротомического отверстия или резекции тонкой кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза, так же могут быть успешно решены через минидоступ. Опыт применения видеолапароскопии для диагностики и хирургической коррекции билио-дигестивных свищей на фоне развившегося острого БИ, показал возможность применения миниинвазивных технологий при этой сложной патологии. Миниинвазивные методы хирургического лечения желчнокаменной ОКН выполнимы как в двухэтапном, так и в одноэтапном вариантах, последнее более предпочтительно. Развитие диагностической, тактико-хирургической программы позволит улучшить результаты лечения избранной патологии, являющейся поздним осложнением острого холецистита.

95. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.

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

Смоленск

1. Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска. 2. Смоленская Государственная Медицинская Академия, кафедра госпитальной хирургии.

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. Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике и лечению, проведен за период с 2000 по 2014 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. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств превалируют: 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

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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, превалируют 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. 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. Активное использование лапароскопических методик в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

96. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Абдурахманов Б.А.

г.Шымкент, Казахстан

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави

Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопических методов в лечении и профилактике кровотечений портального генеза у больных циррозом печени. Материалы и методы. В настоящем исследовании приведены результаты применения эндоскопической склеротерапии (ЭСТ) и эндоскопического лигирования (ЭЛ) у 153 больных циррозом печени с синдромом кровотечения. Мужчин было 89, женщин 64, в возрасте от 23 до 71 лет. I степень варикозного расширения вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) по А.Г. Шерцингеру выявлена у 7,9% больных, II степень – у 68,7% и у 23,4% больных установлена III степень патологии. Кровотечение из ВРВПЖ было первым проявлением заболевания у 35,6% больных, асцит выявлен у 29,9%, активность цирротического процесса – у 13,8% больных. Эндоскопические методы у 50 больных выполнены при продолжающемся кровотечении, и у 103 – отсроченно, в ближайший период после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива кровотечения. Результаты. Из 15 больных, которым ЭСТ производилась на высоте кровотечения, гемостаз достигнут у 11 больных, в 4 случаях она была неэффективна. Однако случаи рецидива кровотечения из ВРВПЖ с развитием явлений печеночной недостаточности привели в 7 наблюдениях к летальному исходу, где у 4 из них имел место выраженный эрозивно-язвенный эзофагит. При этом ЭСТ проводили спустя 12-14 ч с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады. Осложнения после ЭСТ отмечены у 24,1% пациентов, в основном в группе больных, которым манипуляция выполнена по экстренным показаниям. В группе больных с плановым ЭСТ осложнения возникли в 4,6% наблюдениях. Рецидив кровотечения отмечен у 19,8% пациентов. ЭЛ предусматривало за один и более сеансов наложение лигатур на все варикозно расширенные узлы. При этом за сеанс накладывали 3-5 лигатур, с повторением процедуры спустя 3-4 дня. Рецидив кровотечения после эндоскопического лигирования отмечен у 17,3% больных. Исследование больных в динамике показало полную эрадикацию варикозных вен у 47% больных. Плановая эндоскопические вмешательства проводились до достижения состояния полной эрадикации всех возможных источников геморрагии. Ранний рецидив геморрагии в группе с экстренной ЭСТ у 6 больных и у 2 больных на фоне сформированного изъязвления привело к неблагоприятному исходу. В группе больных с ЭЛ такие осложнения не отмечены. Летальность составила 8,9% и 6,4% соответственно, причинами которых явились рецидив кровотечения и гепатоцеллюлярная недостаточность. Заключение. Эндоскопические методы являются высокоэффективным способом профилактики и лечения кровотечений портального генеза у больных осложненной формой ЦП, позволяющая снизить летальность и улучшить

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

«качество жизни» и должна рассматриваться в качестве «терапии первой линии» у данной категории больных.

97.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

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

Смоленск

1)Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска.2) Смоленская Государственная Медицинская Академия, кафедра госпитальной хирургии.

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 неизмененными. С развитием эндовидеотехнологий диагностическая лапароскопия получила дальнейшее развитие в виде лапароскопической аппендэктомии (ЛА). За 2000-2014 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 основание червеобразного отростка накладывалась клипса с целью лучшей герметизации. Во всех случаях удалённый червеобразный отросток извлекается из брюшной полости в троакаре или пластиковом контейнере.

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

После ЛА проводились клинические, лабораторные, бактериологические и морфологические исследования. 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-гнойный 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.

98.МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Абдурахманов Б.А., Абдурахманов Ф.Б.

г.Шымкент, Казахстан

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави

Цель исследования. Определить эффективность результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы (ИПС). Материалы и методы. Анализирована эффективность различных методов гемостаза у 393 больных ЦП осложненным кровотечением из ВРВПЖ. Мужчин было 219 (55,7%), женщин – 174 (44,3%). Возраст больных колебался от 17 до 83 лет. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А.Г. Шерцингеру (1986), I степень эктазии выявлена у 31 (7,9%) больных, II степень – у 270 (68,7%) и у 92 (23,4%) пациентов установлена максимальная – III степень патологии. Источник кровотечения в 73,7% случаев располагался в средней и нижней трети пищевода и в 26,3% – в кардиальном отделе желудка. Результаты. У 155 больных проведена консервативная терапия с применением зонда Блекмора-Сенгстакена, 128 больным выполнено минимальное оперативное вмешательство – операция Пациоры, 87 – проведено эндоскопическое склерозирование (ЭСТ) и лигирование (ЭЛ), которое в 23 наблюдениях сочеталось с имплантацией инфузионной порт-системы (ИПС) Celsite® фирмы B/Braun. Через ИПС проводили аутогемореинфузию, ежедневно, в объеме 1,2-1,5 л., следовательно создавали декомпрессию в портальном русле. Курс лечения состоящий из 7-10 аутогемореинфузий продолжали до полной остановки кровотечения и стабилизации показателей портального давления. Консервативные методы лечения позволили достичь гемостатический эффект у 145 (93,5%) больных, рецидив кровотечения отмечен в 37 (23,8%) наблюдениях, летальность наступила у 64 (41,3%) больных. При проведении операции Пациоры эффективный гемостаз достигнут всего у 112 (87,5%). Рецидивы кровотечения отмечены у 22 (17,2%) больных. Послеоперационная летальность составила 52,8%. Из 87 больных перенесших ЭСТ, эффективный гемостаз достигнут у 85,1%, рецидив геморрагии отмечен у 7 (8,04%) больных, летальность составила 9,2%. При имплантации ИПС этом начиная с 2-3 суток отмечено регресс явлений гипертензии в портальном русле, со стабилизацией показателей портальной гемодинамики (5-6 сутки) и улучшение показателей печеночного обмена (после 10-12 процедур) в биохимических анализах. Сочетание метода имплантации порт-системы с ЭСТ и ЭЛ позволили улучшить показатели эффективного гемостаза до 93,8%. Заключение. Таким образом, при комбинация эндоскопического склерозирования и лигирования с ИПС благодаря суммированию позитивных лечебных свойств, достигнут наилучший гемостатический эффект, где дозированная, порционная аутогемореинфузия позволяя снизить и стабилизируя портальное давление, укрепляясь эффектом склерозирования и

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

облитерации вен – предотвращающий возникновение геморрагического синдрома.

99.ВЫБОР МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Стебунов С.С., Богушевич О.С., Глинник А.А.

Минск

9-я клиническая больница

С течением времени число выполняемых в мире операций по поводу ожирения неуклонно возрастает. Наиболее часто выполняемыми операциями сейчас являются регулируемое бандажирование желудка, гастропунтирование и рукавная резекция желудка, а также эндоскопический метод – постановка внутрижелудочного баллона. Мы имеем опыт проведения всех этих видов оперативных вмешательств с 2006 года. Накопленный опыт 176 вмешательств позволяет дифференцированно подходить к вопросу о выборе типа оперативного вмешательства. Лечение ожирения с использованием внутрижелудочного баллона (ВЖБ) был использован нами у 22 пациентов (3 мужчин и 19 женщин; 18-52 лет; вес 78-192 кг, в среднем 132 кг; средний ИМТ 35,6 кг/м²). Лапароскопическое бандажирование желудка (ЛБЖ) выполнено 112 больным с применением управляемой системы Lap Band. Средний возраст пациентов составлял 39,5 ± 8,2 (20 - 63) лет, средняя масса тела до операции составляла 129,4 ± 23,9 (85 - 178) кг, а средний индекс массы тела (ИМТ) - 42,4 ± 6,2 (35,1 - 53,5) кг/м². Рукавная резекция (Sleeve Gastrectomy) (ЛРЖ) выполнена 32 пациентам (24-55 лет; вес 89-172 кг, в среднем 142; средний ИМТ 46,7 кг/м²). Желудочное шунтирование (ГШ) выполнено 10 пациентам в возрасте 30-55 лет; вес от 135 до 169 кг, в среднем – 155 кг; ИМТ в среднем 53,2 кг/м²). Лечение ожирения с помощью внутрижелудочного баллона (ВЖБ) само по себе являются наименее безопасными. Метод может быть использован как подготовительный перед хирургическим лечением морбидного ожирения. В отношении снижения веса польза применения ВЖБ мала. Размещение баллона усиливает мотивацию и побуждает пациентов к изменению пищевых привычек, затем следует правильно подобранная диета и поведенческая модификация. ВЖБ может также служить как дополнительный фактор в снижении и поддержании веса тела. Длительность ЛБЖ составила 30-69 мин. Средний койко-день – 2,3. Сроки послеоперационного наблюдения составили от 1 года до 7 лет. Со сроком наблюдения 5 и более лет обследованы 82 пациента, у которых к операции средний ИМТ был 40,6±6,1. Среди них у 78,2 % больных

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

отмечена потеря избытка массы тела 50 и более процентов (в среднем – 65%). В группе больных, перенесших операцию с использованием регулируемого бандажа, МТ в первые годы при хорошем результате постепенно снижается, а через 7 лет отмечается резкое ее возрастание, хотя и не достигающее дооперационного уровня. В группе больных с неудовлетворительными результатами отмечается постепенное нарастание МТ и снижение ее в сроки через 7 лет, причину которого нам точно установить не удалось. Операции ГШ выполнялись лапароскопическим доступом в нашей модификации. В ближайшем послеоперационном периоде у 1-го пациента мы наблюдали несостоятельность межкишечного анастомоза, которая была ликвидирована лапароскопически. Других осложнений мы не наблюдали. Средний койко-день – 4,0. Результат снижения массы тела – 76%. Среднее время операции ЛРЖ составило 123 (70-140) минуты. Средний койко-день - 3,7. В послеоперационном периоде у двух пациенток наблюдали несостоятельность скрепочного шва желудка. В одном случае осложнение ликвидировано лапароскопически, во-втором, потребовало лапаротомии. Максимальное наблюдение 32 месяца. В течение первых двух месяцев после операции масса тела снизилась на 22 - 34 кг, к году наблюдения - потеря массы тела замедлялась, стабилизировалась и составила 43 – 56 кг, отмечено хорошее воздействие операции на сопутствующие ожирению заболевания. ЛРЖ является эффективной, высокотехнологичной бариатрической операцией и может быть альтернативой всем рестриктивным операциям на желудке. Однако окончательно судить о методе можно будет по мере накопления опыта и получения отдалённых результатов. У больных с ИМТ свыше 45 кг/м², «сладкоежек», с тяжёлыми и длительно существующими основными составляющими МС, операции ЛБЖ целесообразно изначально предпочесть рукавную резекцию желудка как первый этап. Хирургическое лечение ожирения является надёжным методом снижения массы тела. Арсенал современной эндоскопической бариатрической хирургии позволяет дифференцированно подходить к подбору вида оперативного вмешательства исходя из ИМТ, наличия сопутствующих ожирению заболеваний (метаболического синдрома) и выраженности мотивации у пациентов. ЛБЖ является эффективным способом лечения больных ожирением у больных с ИМТ до 35-45 кг/м² в молодых возрастных группах, особенно у женщин детородного возраста и планирующих беременность. Желудочное шунтирование считаем методом выбора у пациентов с ИМТ свыше 40-45 кг/м², лиц со слабой мотивацией к лечению, а также при СД 2 типа. ЛРЖ можно рассматривать как альтернативу всем бариатрическим вмешательствам у пациентов с ИМТ до 45 кг/м² в любом возрасте. Можно рассматривать этот вид операций как первый этап шунтирования у пациентов с суперожирением и высоким риском оперативного лечения.

100. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО РЕГУЛИРУЕМОГО БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Стебунов С.С., Богушевич О.С., Глинник А.А.

Минск, Республика Беларусь

9-я клиническая больница

Операция бандажирования желудка является наиболее распространенной бариатрической операцией в Европе и составляет примерно 25 % всех бариатрических операций, которые выполняются в мире. Одним из критериев эффективности операции, наряду с эффективностью потери массы тела, является частота осложнений и эффективность в отдаленные сроки после операции. Целью работы явились оценка эффективности операции, частоты и характера осложнений в различные сроки после бандажирования желудка. В основе исследования лежат результаты лечения 112 больных, которым с 2006 по 2015 годы было выполнено БЖ с применением управляемой системы Lap Band. Среди них было 96 женщин и 16 мужчин. Средний возраст пациентов составлял $39,5 \pm 8,2$ (20 - 63) лет, средняя масса тела до операции составляла $129,4 \pm 23,9$ (85 - 178) кг, средний индекс массы тела (ИМТ) - $42,4 \pm 6,2$ (35,1 - 53,5) кг/м². Сроки наблюдения составили от 1 года до 9 лет. Со сроком наблюдения 5 и более лет обследованы 82 пациента, у которых к операции средний ИМТ был $40,6 \pm 6,1$. Среди них у 78,2 % больных отмечена потеря избытка массы тела 50 и более процентов. Операция БЖ является одной из самых технически несложных, но в то же время, и достаточно эффективных операций при морбидном ожирении. Бандаж-зависимые осложнения возникали примерно у 15% больных и часто требовали выполнения повторной операции. Результаты операции во многом зависят от возможности изменения пищевого поведения пациента. Летальных случаев не было. Из интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений мы имели в двух случаях повреждение стенки желудка, что потребовало удаления бандажа. В одном случае имело место термическое повреждение тонкой кишки при разделении спаек у больного, перенесшего ранее распространенный перитонит. Так как повреждение было вдали от места установки бандажа и вовремя распознано, случай не потребовал удаления системы. У 5 (4,5 %) пациентов в сроках от 1 до 4-х месяцев мы наблюдали нагноение подкожной клетчатки в области стояния порта. Попытки изменения места фиксации порта в другие области не дали эффекта. Во всех случаях порт был удален с переводом в нерегулируемый бандаж. У больных в отдаленные сроки после бандажирования желудка основным осложнением был slippage-синдром, который развился у 6% больных. У двух больных это осложнение потребовало удаления бандажа, в остальных случаях это состояние удалось корригировать консервативно или репозицией бандажа. Дилатация проксимального резервуара наблюдалась у 2%, увеличение массы тела (синдром сладкоежки) – у 6%. Частота остальных осложнений (язва желудка, гастроэзофагеальный рефлюкс) встречались значительно реже, лишь частота расширения пищевода в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сроки 2-5 лет достигала 15% случаев и также являлась следствием соскальзывания бандажа. Причиной соскальзывания бандажа, является нарушение пищевого поведения пациентов. Поэтому для улучшения результатов бандажирования желудка необходим тщательный отбор пациентов и коррекция их пищевого поведения. Хотя и в этих случаях, по нашим данным, далеко не всегда удается добиться желаемых результатов. Таких специфических «бандаж-зависимых» осложнений, как эрозия с миграцией бандажа в просвет желудка, мы пока не наблюдали. 12 пациенток в различные сроки после операции на фоне потери веса и нормализации гормонального фона развилась беременность. У них бандаж был временно распущен и вновь затянут после родов. В связи с отдаленными «бандаж-зависимыми» осложнениями прооперированы 5 больных. Удаление бандажа выполнено 1 пациенту. У 2 больных проведено ребандажирование в связи с синдромом соскальзывания. У 1 пациентки была необходима замена порта. Двум пациенткам с синдромом сладкоежки и неэффективностью бандажа было выполнено шунтирование желудка, одной – рукавная резекция желудка. После ребандажирования потеря избытка массы тела через год была адекватной и составляла 45 - 50 %. Рецидивов синдрома соскальзывания после повторных операций не наблюдалось. У части больных (около 20%) МТ в первые годы при хорошем результате постепенно снижается, а через 7 лет отмечается резкое ее возрастание, хотя и не достигающее дооперационного уровня. В группе больных с неудовлетворительными результатами отмечается постепенное нарастание МТ и снижение ее в сроки через 7-9 лет, причину которого нам точно установить не удалось. Таким образом, лапароскопическое бандажирование желудка является эффективным способом лечения больных ожирением и метаболическим синдромом у большинства больных патологическим ожирением. Операция показана с умеренно выраженным ожирением, женщинам детородного возраста, планирующим беременность. Она имеет ряд специфических осложнений, которые в большинстве случаев могут быть разрешены лапароскопически.

101.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ

Меликсетян Л.В., Дизенгоф И.М., Оприщенко С.А., Чандишвили Р.И., Козлов А.Б., Гагарина Л.А.

Москва

Туберкулёзная больница №11

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В России продолжается эпидемия ВИЧ-инфекции, в связи с чем растёт и число лиц с внелёгочным туберкулёзом, который является одним из маркеров инфицирования ВИЧ. В хирургическом отделении Туберкулёзной больницы №11 г.Москвы на лечении находятся пациенты с различными хирургическими осложнениями внелёгочного туберкулёза на фоне ВИЧ-инфекции. Чаще всего встречаются туберкулёзный перитонит, гнойный перитонит, абсцессы брюшной полости, мезаденит, обусловленная последним острая кишечная непроходимость, туберкулёз кишечника с осложнениями в виде кровотечений и перфораций, туберкулёзные маститы и парапроктиты. Кроме того, в этой группе больных, разумеется, встречается и острая хирургическая патология, не обусловленная туберкулёзом – язвенные кровотечения, острая опухолевая обтурационная непроходимость и пр. Острую абдоминальную патологию у пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом мы считаем имеющей большое клиническое значение. Во-первых, собственно катастрофа в брюшной полости угрожает жизни больного. Во-вторых, она развивается у компрометиро-ванного сразу по нескольким причинам пациента: ослабленный истощённый больной с ВИЧ-инфекцией 4 Б/В стадии, с туберкулёзом лёгких и/или внелёгочным туберкулёзом, как правило, с грибковой инфекцией, перикардитом, конечно, имеет меньше шансов выжить после операции. В-третьих, сложность антибактериальной терапии из-за множественной лекарственной устойчивости микобактерий, а также распространённостью в этой группе больных штаммов MRSA. В-четвёртых, стёртость клинической картины и её маскировка симптомами оппортунистических заболеваний приводит к задержке вмешательства. По вышеуказанным причинам, мы считаем обоснованным активное применение лапароскопических методов диагностики и лечения в этой группе больных. Помимо всех общих положительных аспектов лапароскопических вмешательств, здесь важна возможность прямой биопсии тканей и органов для подтверждения внутрибрюшного туберкулёза, взятие выпота для исследования на БК и вторичную флору, выполнения лимфадэктомии с диагностической и лечебной целью (внутрибрюшные лимфоузлы могут быть источниками БК), подведение дренажей к органам-мишеням для прямого действия противотуберкулёзных химиопрепаратов. Наши результаты – более 20 вмешательств во втором полугодии 2014 года, ни одного летального исхода в послеоперационном периоде – свидетельствуют о хорошей перспективе метода в этой группе больных.

102. ПОСТБАРИАТРИЧЕСКАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Стебунов С.С.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Минск, Республика Беларусь

Медицинский центр "ЛОДЭ"

После значительной потери массы тела (МТ), зачастую сохраняется деформация контуров тела, за счет нависания избытков мягких тканей или локальных жировых отложений, не поддающихся коррекции диетой и физическими нагрузками. Методики эстетической хирургической контурной пластики являются идеальным дополнением в лечении пациентов с ожирением с целью коррекции контуров тела, улучшая качество жизни и социальную адаптацию пациентов. Ввиду широкой распространенности бариатрической операций в последнее десятилетие развилась уникальная отрасль пластической хирургии, цель которой заключается в коррекции тела после значительной потери веса (постбариатрическая хирургия). Постбариатрическая хирургия направлена на улучшение внешности пациентов после массивной потери веса. Основным смыслом этой области пластической хирургии заключается в иссечении избыточной свисающей кожи при отсутствии подкожного жира. Обычно такая свисающая кожа после похудения чаще всего возникает в области шеи, лица, рук, плеч, ягодиц, груди, живота и бедер. Многим пациентам после бариатрических вмешательств может быть необходима тотальная подтяжка, включающая в себя абдоминопластику, подтяжку бедер, ягодиц, груди, шеи и лица. Нередко операции для устранения бариатрического лечения и резкого похудения приходится выполнять в несколько этапов. В таких случаях между операциями обычно проходит от нескольких недель до нескольких месяцев. Мы имеем опыт выполнения постбариатрических пластических операций у 58 пациентов после потери МТ и удержании веса в течение более 1 года. Мы условно выделили несколько степеней потери МТ: 1 степень – до 10- 20 кг., 2 степень - 20-35 кг., 3 степень - 35-45 кг., 4 степень - более 45 кг. Из всех прооперированных пациентов у 26 потеря МТ соответствовала 1 степени, у 16 - 2 степени, у 9 - 3 степени, у 7 пациентов - 4 степени потери МТ. У 6 пациентов потеря веса 3-4 степени наступила в результате гастрошунтирующих операций, у 12 пациентов МТ снизилась после рукавной резекции желудка, у них потеря МТ соответствовала 2-3 степени. Остальные пациенты потеряли вес в результате установки им регулируемого бандажа желудка. Период стабилизации после значительной потери массы составил от 1 до 3 лет. Для коррекции контура тела 16 пациентам из 26 с 1 степенью потери МТ выполнили абдоминопластику, причем у двоих - в два этапа с предварительной липосакцией. Одной пациентке следующим этапом произвели липосакцию области плеч и бедер, еще одной - дерматолипэктомия в области передней брюшной стенки, двоим - подтяжку бедер, 3 - брахиопластику и 2 - бодилифтинг. Из 16 пациентов со 2 степенью потери МТ, в 5 наблюдениях мы выполнили абдоминопластику, при этом одной пациентке – в сочетании с липосакцией области бедер. Двум пациентам выполнили двухэтапную коррекцию области живота - липосакцию, а затем абдоминопластику, ещё двум - подтяжку бедер и 1 - брахиопластику. У 9 пациентов с 3 степенью потери МТ 4 мы выполнили абдоминопластику, подтяжку бедер, брахиопластику и бодилифтинг. Двум пациентам произвели липосакцию области грудных желез с целью коррекции локальных жировых отложений и двухэтапную

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

коррекцию области передней брюшной стенки живота, включающую липосакцию и абдоминопластику. Одному из этих пациентов для коррекции области груди мы выполнили вторым этапом иссечение избытков кожи. Двум пациентам мы выполнили торсоластику. Одному пациенту с 4 степенью потери МТ выполнена только липосакция в области передней брюшной стенки с целью улучшения контура и уменьшения МТ. Вес пациента изначально до лечения составлял 160 кг, на фоне диет он похудел на 10 кг, после установки бандажа еще 20-30 кг. Остальные пациенты этой группы перенесли торсоластику. Пластические операции в области лица (круговая подтяжка лица, блефаропластика) выполнены у 16 пациентов с различными степенями потери МТ. Во всех наших наблюдениях мы получили хороший эстетический результат. Среди осложнений мы наблюдали в 1 наблюдении расхождение швов после подтяжки бедер, в 3 наблюдениях - после абдоминопластики. У 2 пациентов наблюдали образование серомы после абдоминопластики, которые мы ликвидировали путем чрескожного пунктирования. Отметим, что у пациентов после бариатрической хирургии бывает дефицит питания и изменен метаболизм, что, несомненно, увеличивает риск, отражается на восстановительном процессе. Учитывая это, необходимо более внимательно отбирать больных на такие вмешательства. Таким образом, деформации контуров тела после различных степеней массивной потери МТ могут быть скорректированы с помощью методик пластической хирургии, а также одномоментным или отсроченным комбинированием или сочетанием этих методик в одной или в нескольких анатомических областях с хорошим эстетическим эффектом.

103.ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Дизенгоф И.М., Меликсетян Л.В., Оприщенко С.А., Чандишвили Р.И., Гагарина Л.А., Козлов А.Б.

Москва

Туберкулёзная больница №11

Операции, проводимые пациентам с ВИЧ-инфекцией и внелёгочным туберкулёзом, можно разделить на несколько групп: 1)диагностические вмешательства (дифференциальная диагностика острой хирургической патологии, биопсии); 2)операции по поводу осложнений туберкулёза (перфорация полого органа, гнойный мезаденит, специфический туберкулёзный парапроктит); 3)операции по поводу других

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

оппортунистических заболеваний (саркома Капоши); 4) операции по поводу острой хирургической патологии (ЖКК, перитонит, острая обтурационная опухолевая непроходимость, панкреонекроз, гнойные заболевания кожи и мягких тканей и др.). Нет смысла на настоящем этапе развития хирургии доказывать преимущества лапаро-скопического метода. Однако именно в этой группе больных лапароскопические методики внедряются не так быстро и эффективно, что связано со многими причинами, в том числе организационными, ведь фтизиатры традиционно направляют пациентов к торакальным хирургам, и недостаточно осведомлены о современных возможностях лапароскопии. Поэтому общий хирург должен не только осуществлять консультации и отбор больных, но и вести просветительскую работу, что в конечном счёте переведёт лечение на современный уровень и позволит рационально расходовать средства. Лапароскопия крайне важна для фтизиатров. Ведь, например, такой диагноз, как туберкулёз селезёнки выставляется по данным УЗИ или КТ, выделения БК нет. Диагностическая лапароскопия позволит взять биопсию, верифицировать диагноз, исследовать выпот, подвести дренаж к органу-мишени для местного введения противотуберкулёзных химиопрепаратов, выявить другую патологию брюшной полости. Процедура может носить динамический характер, повторяться при необходимости. В нашем стационаре значительную часть контингента больных ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом составляют потребители внутривенных наркотических средств, больные хроническим алкоголизмом. Часто возникает необходимость дифференциальной диагностики паренхиматозной желтухи, в связи с чем выполняется биопсия печени под лапароскопическим контролем. Большая часть операций в этой группе больных выполняется по поводу острого деструктивного панкреатита – панкреонекроза. Учитывая высокий риск развития гнойных осложнений, а также склонность наших пациентов к быстрому прогрессированию эндогенной интоксикации и развитию панкреатогенного шока, мы применяем раннюю лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки. Разгрузка желчных путей проводится выполнением лапароскопической холецистостомии. Процедура может выполняться динамически. Таким образом, диапазон лапароскопических вмешательств в группе больных внелё-гочным туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией широк, и не ограничивается диагностическими процедурами. В то же время, число традиционных лапароскопических вмешательств - ап-пендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки – невелико. Увеличение количества эндохирургических операций связано с информированностью фтизиатров о возможностях метода, оснащением стационара оборудова-нием и кадрами.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

104.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ЖЕЛУДКА

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

Барнаул

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России.

В клинике общей хирургии дренирующие желудок операции выполнены 68 пациентам с послеожоговым рубцовым стенозом желудка. Из них у 36 чел. использованы видеоэндохирургические технологии, 32 чел. оперированы традиционным лапаротомным доступом. При выборе метода хирургического вмешательства, обеспечивающего эвакуацию содержимого желудка, учитывали локализацию и протяженность сужения, размеры предстенотической части желудка и выраженность воспалительных изменений его стенки, необходимость формирования стомы для питания, водно-электролитные нарушения и белково-энергетический дефицит. Решающее значение имели результаты интраоперационной ревизии желудка, которые позволяли оценить выраженность и распространенность рубцово-воспалительных изменений в его стенке. Показанием для формирования гастродуоденоанастомоза (22 чел.) было наличие короткой рубцовой стриктуры в пределах пилороантрального отдела, без вовлечения двенадцатиперстной кишки, отсутствие выраженного отека и инфильтрации стенки, распространяющиеся на окружающие ткани и ограничивающие подвижность анастомозируемых органов, выраженные нарушения водно-электролитного баланса и белково-энергетический дефицит. Гастроэнтероанастомоз (28 больных) накладывали при наличии протяженной рубцовой стриктуры в теле или антральном отделе желудка, сохраняющихся воспалительных изменениях стенки желудка, выраженном нарушении водно-электролитного баланса и белково-энергетическом дефиците. Выполнение резекции желудка у 18 больных с протяженной послеожоговой рубцовой стриктурой выходного отдела желудка считали возможным при отсутствии выраженного белково-энергетического дефицита, отсутствии декомпенсации обменных процессов, и выраженных воспалительных изменений стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. Сочетание дренирующих операций с типичной гастростомией и в виде тонкокишечной вставки произведено 19 пациентам. Было установлено, что для формирования обходного гастроэнтеро – или гастродуоденоанастомоза с использованием видеоэндохирургических технологий в среднем требовалось $121,1 \pm 7,7$ мин., что было на 30,8 мин. меньше времени, затраченного на выполнение этих операций из традиционного доступа ($151,9 \pm 13,3$ мин.). Видеоассистированная резекция рубцовоизмененной части желудка была более продолжительной ($188,9 \pm 9,4$ мин.) чем резекция желудка из лапаротомного доступа ($143,9 \pm 6,5$ мин.). В структуре осложнений после «открытых» и видеоэндохирургических операций превалировала пневмония. Частота послеоперационных осложнений после видеоассистированных вмешательств ($13,9 \pm 5,8\%$) была почти в 2 раза меньше чем после операций из лапаротомного доступа ($27,6 \pm 7,5\%$). Несмотря на то, что время, затрачиваемое на выполнение

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

видеоассистированной резекции желудка было на 40 мин. больше открытой операции продолжительность стационарного лечения после видеоэндохирургического вмешательства была на 2,2 сут. короче длительности раннего послеоперационного периода после «открытой» резекции желудка. После открытых и видеоассистированных шунтирующих операций длительность стационарного лечения не отличалась и в большей степени зависела от необходимости поддерживающего бужирования пищевода в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, окончательный объем дренирующей желудок операции должен основываться на интраоперационной видеолапароскопической ревизии желудка и двенадцатиперстной кишки. Использование видеоэндохирургических технологий в лечении больных с послеожоговым рубцовым стенозом желудка обеспечивает сокращение продолжительности шунтирующих хирургических вмешательств, снижение числа послеоперационных осложнений, и длительности стационарного лечения больных.

105. Полипоз желчного пузыря - возможности альтернативных методов лечения

Нуртдинов М.А.

Уфа

БГМУ

В исследование были включены 8 (основная группа) и 10 (контрольная группа) пациентов с диагнозом «полипоз желчного пузыря». Больные основной и контрольной групп были рандомизированы по возрасту, полу и характеру жалоб. Средний возраст составил $34,5 \pm 6,8$ лет. Мужчин было 10 (55,5%) и женщин 8 (44,5%). Средняя длительность желчного анамнеза составила $5,6 \pm 2,3$ лет. Больные были обследованы согласно медико-экономическим стандартам, включая эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию. В основной группе в комплексном лечении была использована психоаналитическая психотерапия. У всех больных контрольной группы выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Статистическая обработка цифрового материала проводилась на ЭВМ с помощью системы «Statistica 12 Trial» с вычислением критерия хи-квадрат и поправки Йетса. В основной группе психодинамическое интервьюирование осуществлялось на основе разработок Балинта М., (интерактивное интервью) Кернберга О., (структурное интервью) с дополнениями Мак-Вильямс Н. При этом было установлено, что больные

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

неоднократно лечились в гастроэнтерологических, психотерапевтических отделениях, антидепрессантами, «народными целителями» и пр. Количество психоаналитических встреч составило в среднем $7,6 \pm 3,4$. Использовалась поддерживающая психотерапия. Длительность психоанализа составила $3,4 \pm 1,2$ месяца. Хорошие результаты были у 6 (75,0%) больных основной группы, в контрольной, соответственно, у 3 (30,0%) (Chi-square - 1,19, Yates corrected Chi-square $p = ,4960$). Удовлетворительные - у 2 (25,0%) в основной группе и у 3 (30,0%) в контрольной (Chi-square - 0,03, Yates corrected Chi-square $p = ,7395$). В основной группе неудовлетворительных результатов не было, в контрольной у 5 (50%) развился постхолецистэктомический синдром. Выводы. Таким образом, первый опыт применения психоаналитической психотерапии в лечении заболеваний желчевыводящих путей показал необходимость дальнейших исследований в этой области.

106. Результаты лапароскопического лечения прободных дуоденальных язв

Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Суфияров И.Ф., Бакиров Э.Р., Хабибуллин У.М.

Уфа

БГМУ

Цель - показать возможности лапароскопической хирургии в лечении прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Задачи - оценить возможности лапароскопической хирургии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнившейся прободением, объем предоперационной подготовки, характер интраоперационных осложнений и ближайшие результаты оперативного лечения. В клинике хирургических болезней в 2013-2014 гг. у 14 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнившейся перфорацией, выполнено ушивание перфоративной язвы. Оперативное вмешательство выполнено пациентам в возрасте от 20 до 67 лет. Длительность язвенного анамнеза составила от 1,5 до 16 лет. Показания к данному методу операции ограничивали следующими критериями - наличие отграниченного перитонита и сроки перфорации не более 24 часов, наличие тяжелой общесоматической патологии не влияло на выбор метода оперативного лечения. Низкие показатели сатурации кислорода во время анестезиологического пособия не оказывали решающего влияния на исход операции. Интраоперационных осложнений не было. Конверсия была в одном случае (7,1%). Открытая санация на 3-и сутки после операции

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выполнена 1 больному (7,1%). Течение послеоперационного периода отличалось ранним восстановлением перистальтики на 1-2 сутки, отсутствием признаков интоксикации и менее выраженный болевой синдром. Таким образом, при перфоративных дуоденальных язвах методом выбора является лапароскопическое ушивание перфорации. При технической сложности ушивания язвы вследствие выраженной инфильтрации краев перфоративного отверстия возможен вариант иссечения язвы с пилоропластикой из мини-доступа традиционным способом.

107. Малоинвазивные технологии в стандартах обследования пострадавших при травме органов брюшной полости

Совцов С.А.

Челябинск

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Не вызывает сомнений правильность термина "золотой промежуток времени", когда послеоперационная летальность самым тесным образом зависит от времени до операции, потраченное на обследование больного. Мы, в своей практике разделяем первичный и окончательный осмотр пострадавших с целью определения тяжести их состояния, в зависимости от которого и строится протокол обследования. При первичном осмотре больного, как правило, используем систему оценки степени повреждения органов и систем (особенно при сочетанной травме) по шкале АВВСDE, где А - оценка проходимости воздушных путей, В - оценка системы дыхания, В - выявление наружного или внутреннего кровотечения, С - оценка гемодинамики, D- оценка функции мозга, Е - оценка других органных и функциональных показателей. На основании первичного осмотра мы определяем степень тяжести состояния пострадавшего. По нашему мнению, более рациональным следует считать такие виды их: а) терминальное, б) не стабильное и - в) стабильное. Пострадавшие в терминальной стадии сразу же подаются в реанимационный зал или операционный блок, где им на фоне проводимых реанимационных мероприятий выполняется лапаротомия, показания к которой установлены во время первичного осмотра. При всех других случаях, первым инструментальным скрининговым методом диагностики является ультразвуковое исследование брюшной полости с целью выявления в ней свободной жидкости. Проведенное нами клиничко-УЗИ-интраоперационные параллели у 172 пострадавших с травмой органов живота показали, что

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

наиболее достоверным является УЗИ трех анатомических областей: 1) правое подпеченочное пространство, 2) правая подвздошная ямка, 3) полость малого таза. Выявление во всех этих трех зонах свободной жидкости свидетельствует, по нашим данным, о ее объеме не менее 250 мл. Таким больным, при соответствующей клинике, выставляли показания к оперативному лечению. Достоверность исследований в этой группе пострадавших составила 92,2% наблюдений. Если у пострадавшего с не стабильным состоянием при ультразвуковом исследовании живота выявляется менее 250мл. жидкости, то прибегали к следующему инструментальному методу диагностики - лапароцентезу. При правильном техническом выполнении его ценность составила 91,6% наблюдений. При отрицательном или сомнительном результатах исследования определяли показания к диагностической лапароскопии. Достоверность этой методики оказалась очень высокой - практически 100%. Вместе с тем, следует учитывать, что к выполнению диагностической лапароскопии у пострадавших имеются достаточно серьезные противопоказания. По нашему мнению, ими являются : 1) не стабильная гемодинамика(наложение пневмоперитонеума при наличии явлений гиповолемии и кровопотери резко ухудшает системную гемодинамику), 2) наличие черепно-мозговой травмы (средне-тяжелой и тяжелой на фоне отсутствия сознания у пострадавшего) при повышении внутрибрюшного давления при наложении пневмоперитонеума может реально привести к вклинению ствола головного мозга. Таким образом, у пострадавших при нестабильном состоянии при наличии повреждений органов брюшной полости удается сократить диагностический период до минимума (3-15 минут) используя малоинвазивные и высоко достоверные технологии (УЗИ и лапароцентез). При стабильном состоянии пострадавших мы расширяли число неинвазивных технологий на этапе их обследования. При отрицательных результатах УЗИ прибегали к компьютерной томографии, которая была выполнена у 36 человек. Она оказалась информативной во всех случаях ее выполнения - либо устанавливали факт повреждения внутреннего (чаще паренхиматозного) органа, - либо выявляли другие повреждения: забрюшинную гематому, урогематому на почве травмы почки. Следует отметить, что у 7 человек удалось при КТ диагностировать такие редкие виды травм, как центральная гематома печени, внутрипаренхиматозный разрыв селезенки (как первый этап ее повреждения), разрыв поджелудочной железы. Понятно, что ни при лапароскопии, да и даже во время лапаротомии установить подобные повреждения вряд ли удалось бы. Все эти пострадавшие были оперированы до этапа возникновения грозных осложнений. Еще у 5 человек при стабильном состоянии выполнена ангиография, при которой у 4 больных найдены признаки, указывающие на повреждения печени и поджелудочной железы, что позволило выполнить им своевременное оперативное вмешательство. Таким образом, при стабильном, контролируемом состоянии пострадавших при имеющихся технических возможностях можно и необходимо расширять протокол обследования в сторону не инвазивных методик. Использование данного протокола обследования с проведением первичного и окончательного осмотра, которые позволяют разделить пострадавших по трем степеням тяжести состояния их - дало существенное уменьшение времени дооперационного периода у 172 человек с травмой органов брюшной полости: $32,3 \pm 1,7$

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

минут (56,6±2,1 мин. в группе, где данный протокол не использовался). Это, в свою очередь, позволило уменьшить послеоперационную летальность с 23,1% до 15,6%.

108.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ: МЕТОДИКА ВЫБОРА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Р.Рахматуллаев, А.Р.Рахматуллаев, Ф.Р.Рахматуллаева, С.М.Хасанов,

г.Турсунзаде, Р.Таджикистан.

ЛДЦ "ВАРОРУД"

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Материалы и методы исследования: Нами с 2000 по 2014 гг. 289 больным произведены симультанные лапароскопические операции (СЛО) при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости (СХЗ). Возраст больных от 17 до 76 лет, мужчин 66, женщин 223. Из числа обследованных у 192(66,4%) больных основным хирургическим заболеванием явился хронический калькуллезный холецистит (ХЖКБ), у 67 (23,1%) эхинококковая киста печени, при этом у 52 больных эхинококковая киста локализовалась в области У-УІ-УІІ сегментов правой доли печени, у 30(10,3%) различные гинекологические заболевания органов малого таза. У 192 (69,1%) больных с ХЖКБ СХЗ явилось: Спаечная болезнь - у 64 (33,3, %); трубно-перитонеальное бесплодие у 29 (15,1%); субсерозная миома матки у 17 (8,8%); киста яичника у 31 (16,1%); пупочная грыжа у 23 (11,9%); хронический аппендицит у 12 (6,2%); симптомная миома матки у 5 (2,6%); киста верхнего полюса правой почки у 7(3,6%); дивертикул Меккеля у 4 (2,04%) больных. У 52 больных из 67 с эхинококковой кистой печени СХЗ явился хронический холецистит в результате вовлечения в перипроцесс стенки желчного пузыря с эхинококковой кистой из них у 3-х больных выявлена также киста яичника. у 30 больных с основным гинекологическим заболеванием органов малого таза, СХЗ у 15 явились спаечная болезнь, у 4 пупочная грыжа, у 5 паховая грыжа и у 6 больных грыжа передней брюшной стенки 192 больным с ХЖКБ первым этапам выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), в последующем симультанная операция (СО): Из них у 64 больных симультанно выполнено рассечение спаек в брюшной полости, 82 больным различные гинекологические операции, у 23 грыжесечение, пластика по Мейо из «мини» доступа, у 12 аппендэктомия, у 7 произведена цистэктомия из

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

верхнего полюса правой почки, у 4 больных резекция дивертикуля Меккеля произведена в сочетании с лапароскопической методики из «мини» лапаротомного доступа. У 19 больных отмечено сочетание ХЖКБ, спаечной болезни и гинекологической патологии органов малого таза, т.е. 19 больным выполнено более 2-х операций. У 67 больных с основным заболеванием эхинококковая киста III-IV-V-VI-VII сегментов печени в 52 случаях СО явились; ЛХЭ, в 12 случаях произведено также рассечение спаек и в 3-х случаях выполнена цистэктомия. Следовательно у 15 больных выполнено более 2 операции. При лапароскопической эхинококкэктомии из печени 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. Остаточную полость тампонируем большим салником, по показаниям производим дренирование, следующим этапом производим холецистэктомию. Операцию завершаем дренированием подпеченочной области силиконовой трубкой. У 5 больных для холестаза и ликвидации остаточной полости нами ЛС методика сочеталась с «мини» лапаротомным доступ по методике Прудкова. У 30 больных с основным гинекологическим заболеваниями органов малого таза первым этапом выполнено ЛС операция на органах малого таза, в последующем СО. Всего у 35(16,5%) больных для устранения СХЗ ЛХЭ сочеталась с «мини» лапаротомным доступом, что в свою очередь позволило значительно сократить период напряженного карбоксиперитонеума и продолжительность оперативного вмешательства. Результаты исследования и обсуждения: Больные с основным заболеванием ХЖКБ в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции, чувствовали себя комфортно. Нагноение послеоперационной раны отмечено – у 2(1,07%) больных, желчеистечение в количестве до 60-80 мл – у 3(1,6%) больных, средняя продолжительность операции составила 65 ± 10 мин, средний койка день пребывания больного в стационаре составил $4,6 \pm 0,5$ дней, срок реабилитации в среднем составил 16-18 дней. У 5 (8,6%) больных после лапароскопической эхинококкэктомии с дренированием остаточной полости наблюдалось выделение желчи из дренажной трубки до 150,0-200,0 за сутки, которое самостоятельно прекратилось на 3-5-ый сутки. Нагноение послеоперационной раны в области дренажных трубок отмечено у 3 (5,1%) больных, средний койка день пребывания больных составил $5,6 \pm 0,5$ дней, продолжительность операции составила 75 ± 10 мин. Отягощения течения послеоперационного периода, связанного с проведенной симультанной операцией нами не отмечено, летальных исходов не было. Таким образом, СЛО при СХЗ органов брюшной полости является весьма эффективным и оправданным, поскольку больные после СЛО чувствуют себя комфортно, ранее активизируются, сокращается средний койка день пребывания больного в стационаре и сроки реабилитации. В рамках одного оперативного и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология, увеличение продолжительности оперативного вмешательства окупается сокращением срока пребывания больного в стационаре и срока реабилитации.. Выводы: 1.СЛО при СХЗ органов брюшной полости является методикой выбора,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поскольку в рамках одного оперативного вмешательства и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология; 2.СЛО сопровождается косметическим, эстетическим и экономическим эффектом, минимальной частотой осложнений, коротким сроком пребывания больных в стационаре и срока реабилитации; 3.При лапароскопической эхинококкэктомии из печени методикой выбора ликвидации остаточной полости является тампонада большим сальником остаточной полости и по показаниям дренирование остаточной полости силиконовой трубкой. 4.Сочетание лапароскопических операции с минилапаротомным доступом для коррекции СХЗ позволяет сократить период напряженного карбоксиперитонеума и продолжительность оперативного вмешательства.

109.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Соколов А.Н.(1), Куркин А.В.(1), Эктов В.Н.(2), Антоньев А.А.(2)

Воронеж

1)Воронежская областная клиническая больница №1,2)Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко

Значительный объем ежегодно выполняемых лапароскопических холецистэктомий сохраняет актуальность совершенствования методов профилактики, диагностики и лечения осложнений после подобного типа хирургических вмешательств. ЦЕЛЬ РАБОТЫ: определить эффективность пункционных вмешательств под контролем УЗИ в лечении послеоперационных осложнений после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). В основу сообщения взяты результаты анализа осложнений ЛХЭ, выполненных у 8123 больных в Воронежской областной клинической больнице №1 по поводу желчнокаменной болезни. У 1584 (19,5%) больных операции были произведены по поводу острого холецистита. Отграниченные жидкостные образования в различные сроки после операции были выявлены у 116 больных (1,4%). Из них у 35 больных отмечены биломы (скопления желчи в ложе желчного пузыря, подпеченочном, правом поддиафрагмальном пространствах), у 41 больного - гематомы в ложе удаленного желчного пузыря и подпеченочном пространстве, у 11 больных – абсцессы подпеченочного пространства. У 29 больных выявленные жидкостные образования имели небольшие размеры (до 3 см) и в связи с положительной клинической динамикой при

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

амбулаторном наблюдении им вмешательства под контролем УЗИ не производились. При биломах малых размеров выполнили 23 пункции под контролем УЗИ у 20 больных с последующим выздоровлением. Вероятной причиной скопления желчи у 5 больных было желчеистечение из культи пузырного протока после удаления дренажа общего желчного протока. При обнаружении билом среднего размера (3-6 см) у 3 больных, большого размера (6-9см) у 7 больных и гигантского размера (более 9 см) у 5 больных в качестве первого этапа лечения осуществляли их дренирование под контролем УЗИ в различных модификациях. В дальнейшем у 6 больных выявили недиагностированный до ЛХЭ холедохолитиаз, что потребовало выполнения эндоскопической папилосфинктеротомии с литоэкстракцией. У 6 больных этой группы обнаружили неполное ятрогенное повреждение магистральных желчных протоков, что привело к необходимости выполнения реконструктивных операций на желчевыводящих путях. У 4 больных с биломами большого и гигантского размеров патологии желчевыводящих путей не выявили. У 2 из этих больных в связи с нарушением функции дренажей потребовалось дополнительное хирургическое вмешательство с использованием гибридных технологий на основе комбинирования пункционных (под контролем УЗИ) и видеозендоскопических методик (пункционно-видеозендоскопический метод). Вмешательства под контролем УЗИ при гематомах ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства провели у 41 больных. Выполнено 28 пункций у 23 больных, дренирование гематом у 13 больных. В трёх наблюдениях в связи с большими размерами гематом, наличием сгустков в полости гематомы потребовалось выполнение операций с использованием пункционно-видеозендоскопического метода. Двум больным, у которых при УЗИ с доплеровским картированием выявлено продолжающееся кровотечение в полость гематомы, произвели видеозендоскопические вмешательства с эвакуацией гематомы и остановкой кровотечения. После ЛХЭ были диагностированы абцессы только малого и среднего размеров с локализацией в ложе желчного пузыря и подпеченочном пространстве у 11 больных. Применение пункционных (4 больных) и дренирующих (7 больных) вмешательств под контролем УЗИ позволило в короткие сроки добиться выздоровления у этой группы пациентов. Миниинвазивные вмешательства под контролем УЗИ являются эффективным вариантом лечения отграниченных жидкостных образований после ЛХЭ. При выявлении жидкостных образований больших размеров с наличием детрита и фибрина возможно использование гибридных технологий на основе комбинирования пункционных (под контролем УЗИ) и видеозендоскопических методик.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

110.МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рахматуллаев Р, Рахматуллаев А.Р, Рахматуллаева Ф.Р.

г.Турсунзаде, Р.Таджикистан

ЛДЦ «ВАРОРУД»

Цель исследования: Обсудить результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) с использованием «мини» лапароскопической методики операции (МЛ). Нами за период 2013-2014 гг. с использованием МЛ у 268 больных произведено попытка лапароскопической холецистэктомии. Из них 192 больные страдали хронической желчнокаменной болезнью (ХЖКБ), 32 больных хроническим безкаменным холециститом и 44 больных острым калькулезным холециститом (ОХ). Среди обследованных лица женского пола составили 232, лица мужского пола 36. Возраст больных от 22 до 68 лет, средний возраст составил $44 \pm 2,5$ года. Мы в своей практике использовали комплект минилапароскопических инструментов и оптическую систему производимой НПО «Крыло», г. Воронеж (Россия), которая включает в себя \varnothing 4мм лапароскоп и \varnothing 3 мм. инструменты для захвата и диссекции тканей и \varnothing 4мм. клипсапликатор. Необходимо отметить, что инструменты по длине короче чем традиционные лапароскопические инструменты, также рабочие части недостаточные для захвата ригидной и/или воспаленной стенки желчного пузыря. Техника операции не отличается от традиционной лапароскопической холецистэктомии за исключением экстракции желчного пузыря, экстракцию желчного пузыря у женщин производили через задний свод влагалища, у мужчин через 10 мм. торакопорт установленный в эпигастральной области. У всех больных, страдающий ХЖКБ и безкаменным хроническим холециститом оперативное вмешательство выполнено без каких либо технических трудностей, только 8 больным операция завершена дренированием подпечочной области силиконовой дренажной трубкой через 3мм. торакопорт установленный в правом подреберье. Технические сложности, связанные с конструкцией инструментов нами отмечены у больных, страдающий ОХ, только 4 больным из 40 удалось произвести минилапароскопическую холецистэктомию, у остальных больных мы были вынуждены переходить на традиционную лапароскопическую холецистэктомию. В ближайшем послеоперационном периоде все больные после минилапароскопической холецистэктомии чувствовали себя комфортно, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции, гнойно -инфекционных осложнений со стороны троакарных ран не отмечено. Средний койка день пребывания больных в стационаре составил $2,2 \pm 0,5$ дня, средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 38 ± 5 мин. Летальных исходов не было. Исходя из нашего опыта необходимо констатировать, что холецистэктомия с использованием МЛ является малотравматичным оперативным вмешательством, данную оперативную методику следует применять у больных, страдающих ХЖКБ и хроническим безкаменным холециститом, технические сложности, связанные с

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

экстракцией макропрепарата через 3мм. торакопорт компенсируются экстракцией макропрепарата через задний свод влагалища с помощью 10 мм. колпотомического троакара, а у лиц мужского пола через 10мм. торакопорт установленный в эпигастральной области и/или в области пупочного кольца. МЛ холецистэктомия сопровождаются техническими трудностями у больных страдающие ОХ, эти сложности связаны с конструкцией инструментов, т.к. рабочая часть инструментов недостаточна для захвата ригидной и воспаленной стенки желчного пузыря, хотя предварительно была произведено аспирация содержимого желчного пузыря, также затруднена тракция желчного пузыря за дно у больных с избыточной массой тел в связи с недостаточной длиной инструмента. При усовершенствовании конструкции минилапароскопических инструментов появится возможность без технических сложностей выполнять холецистэктомию и у больных, страдающих острым холециститом и/или с избыточной массой тела. Выводы: 1. МЛ холецистэктомия у больных, страдающий ХЖКБ и безкаменным холециститом позволяет минимизировать операционную травму, при этом целесообразным является экстракция макропрепарата через задний свод влагалища у женщин; 2. В связи с особенностью конструкции минилапароскопических инструментов, выполнение оперативного вмешательства у больных, страдающих ОХ и с избыточной массой тела сопровождаются техническими сложностями и в большинстве случаев завершить оперативного вмешательства МЛ методикой не представляется возможным; 3. МЛ холецистэктомия является методикой выбора у больных, страдающих хроническим безкаменным холециститом.

111. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Рахматуллаев Р, Норов А.Х, Рахматуллаев А.Р, Рахматуллаева Ф.Р.

г.Турсунзаде, Р.Таджикистан.

ЛДЦ "ВАРОРУД"

Целью исследования: обсудить возможность и целесообразность выполнения лапароскопической эхинококкэктомии из печени. Нами с 2004 по 2014 гг. 82 больным произведено лапароскопическая эхинококкэктомия (ЛСЭ) при эхинококковой кисте печени (ЭК). Среди обследованных лиц мужского пола 63 (76,8%), лиц женского пола 19 (23,2%). Возраст больных от 17 до 62 лет, средний возраст составил $38 \pm 2,5$ года. В диагностике ЭК печени основным методом явилось ультразвуковое исследования органов

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

брюшной полости, также всем больным для исключения ЭК легкого произведена рентгеноскопия грудной клетки. Так, среди обследованных больных у 56 (68,2%) больных ЭК локализовалась в правой доле печени в проекции У-УІ-УІІ сегментов, из них у 4-х больных выявлена также эхинококковая киста брыжейки тонкого кишечника, у 26 (31,8%) больных ЭК локализовалась в левой доле печени. При этом по результатам УЗИ размеры кист составляли от 12,0x10,0 см. до 5,0x5,0 см., одиночная эхинококковая киста была у 61 (74,3%) больных, наличие двух кист отмечено у 21(25,7%) больных. У 15 (18,2%) больных было выявлено УЗИ признаки омертвевшей ЭК печени. Окончательное решение о возможности выполнения ЛС эхинококкэктомии принимали на диагностическом этапе оперативного вмешательства. Только у 2-х больных нами отмечены не совпадение результатов УЗИ с данными диагностической лапароскопии, у них было отмечено центральное расположение ЭК печени. Остальным 80 пациентам удалось операцию завершить ЛС методикой. По нашему мнению показанием к выполнению ЛС эхинококкэктомии является ЭК расположенная во всех сегментах печени за исключением труднодоступной УІІІ сегмента и внутривисцерального и/или центрального расположения кисты. Методика операции: При расположении ЭК в правой доле печени торакопорты устанавливаем как при ЛС холецистэктомии, за исключением 20 мм. торакопорта, который устанавливаем в правом подреберье. Если ЭК располагается в левой доле печени 20 мм. торакопорт устанавливаем в левой подреберной области. После визуализации ЭК, если имеется перипроцесс производим разъединение перипроцесса. Тщательно отграничиваем ЭК марлевым тампоном, введенный через 20 мм. торакопорт, производим пункцию кисты с аспирацией содержимого, не вынимая иглу в полость вводим 76% спирт в количестве пропорционально объему ЭК, с экспозицией 6-8 мин. Рассекаем фиброзную капсулу хитиновую оболочку удаляем через 20 мм. торакопорт. Фиброзную капсулу обрабатываем 76% спиртом, излишки капсулы иссекаем до ткани печени и остаточную полость ликвидируем тампонадой большим сальником без фиксации сальника к фиброзной капсуле. У 22 больных из-за недостаточного объема большого сальника, тампонада остаточной полости сальником сочеталась с дренированием силиконовой трубкой, которую удаляли на 12-14-ые сутки после операции. Комбинированная операция т.е. сочетание ЛС эхинококкэктомии с минилапаротомным доступом по Прудкову выполнена у 15 больных с признаками омертвевшей ЭК печени для ликвидации желчного свища и остаточной полости. У всех больных с ЭК У-УІ сегментов печени отмечено вовлечение в перипроцесс стенок желчного пузыря с его деформацией, им произведена симультанно ЛХЭ. 4 больным с дополнительной ЭК брыжейки тонкого кишечника произведена идеальная эхинококкэктомия из «мини» лапаротомного доступа. У 26 больных с локализацией ЭК в левой доле печени отмечен перипроцесс между малой кривизной желудка и ЭК, из них у 7 больных произведена перицистэктомия, у 4 больных резекция левой доли печени, в остальных случаях произведена закрытая одномоментная эхинококкэктомия с тампонадой остаточной полости большим сальником. Следовательно, нами эхинококкэктомия по комбинированной методике т.е. сочетание ЛСЭ с минилапаротомным доступом по Прудкову выполнено у 23(28,7%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде больные активизировались к концу дня операции, в назначении наркотических анальгетиков не

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

нуждались, чувствовали себя комфортно, продолжительность операции составила 55 ± 10 мин, нагноение послеоперационной раны отмечено у 2(2,5%) больных, средний койка дней пребывания в стационаре составил $5,6 \pm 1,5$ дня, летальных исходов не было, срок реабилитации в среднем составил 3 недели Выводы: 1. Целесообразно и возможно выполнять ЛСЭ при локализации ЭК в V-VI-VII сегментах печени и в левой доле печени; 2. Методикой выбора ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии является тампонада остаточной полости большим сальником, а при краевой локализации ЭК- перицистэктомия; 3. Сочетание ЛСЭ и минилапаротомного доступа по Прудкову является перспективной методикой, которая позволяет оперативное вмешательство завершить малоинвазивно, уменьшить продолжительность операции и тем самым минимизировать вредное воздействия напряженного карбоксиперитонеума на организм;

112. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ СО СТЕЛЮЩИМСЯ ТИПОМ РОСТА ПРИ ПОМОЩИ ПЕТЛЕВОЙ ЭКСЦИЗИИ

М.С. Аникина², В.В. Помогайбо², С.И. Дегтярёва², Е.А. Дробязгин^{1,2}, Ю.В. Чикинев^{1,2}, Д.А. Лютин²

г. Новосибирск

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

Своевременная диагностика и удаление доброкачественных новообразований толстой кишки ведет к снижению заболеваемости раком толстой кишки. Эндоскопические методы лечения являются общепринятыми для лечения доброкачественных образований толстой кишки небольших размеров или на ножке, вопрос о применении петлевой эксцизии для удаления ворсинчатых опухолей со стелющимся типом роста больших размеров остается открытым. За период с 2010 по 2014 годы в эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в период с 2010 по 2014 год выполнено 218 эндоскопических резекций ворсинчатых опухолей толстой кишки со стелющимся типом роста размерами более 3 см. Метод петлевой эксцизии диатермической петлей применен у 165 пациентов (мужчин – 75; женщин – 90) в возрасте от . У большинства пациентов (98) опухоль располагалась в прямой кишке. В остальных наблюдениях, опухоль локализовалась в сигмовидной кишки у 18 пациентов, в ректосигмоидном отделе у 13, в поперечной ободочной кишке у 10, в слепой кишке у 8, в

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

нисходящей ободочной кишке у 4, в селезеночном углу у 3, в восходящей ободочной кишке у 3. Синхронные ворсинчатые опухоли выявлены в 11 случаях. У 119 пациентов опухоль занимала до 1/3 окружности (3-5 см в диаметре), у 26 от 1/3 до 1/2 окружности, у 17 более 1/2 окружности. Исследование и лечение проводилось аппаратом «ОЛИМПАС ехера CV-150», аппаратом для проведения диатермокоагуляции «ESG-100», с применением петель для диатермокоагуляции разной формы. Все вмешательства проводились в условиях общей анестезии. Длительность вмешательства составляла от 25 до 60 минут. В 10 (6%) случаях отмечены кровотечения из основания удаленной опухоли, которые были остановлены введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:1000 в сочетании с дополнительной электрокоагуляцией или аргоноплазменной коагуляцией. Рецидив заболевания отмечен в 48 (28%) случаях, что потребовало выполнения дополнительных резекций (от 1 до 3). Выводы: петлевая эксцизия у пациентов с ворсинчатыми опухолями со стелющимся типом роста больших размеров является безопасным методом лечения с минимальным числом интраоперационных осложнений. К относительным недостаткам методики можно отнести высокий процент рецидивов заболевания.

113. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Е.А. Дробязгин^{1,2}, Ю.В. Чикинев^{1,2}, М.С. Аникина²

г. Новосибирск

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

У пациентов с буллезной эмфиземой легких течение заболевания может осложняться разрывом буллы и возникновением пневмоторакса. При возникновении пневмоторакса, как осложнения заболевания, обязательным является дренирование плевральной полости с вакуум-аспирацией воздуха. В случае отсутствия расправления легкого и наличия сброса воздуха по дренажам из плевральной полости показано оперативное вмешательство, выполнение которого не всегда возможно. Причинами могут быть: массивный двухсторонний характер поражения, наличие сопутствующей патологии. При наличии свищей ткани легкого, невозможности оперативного вмешательства для ликвидации бронхоплевральных свищей и расправления легкого возможно применение

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

клапанной бронхоблокации. В клинике кафедры госпитальной хирургии НГМУ установка клапанного бронхоблокатора выполнена 5 пациентам в возрасте от 54 до 80 лет. Все пациенты мужчины, которые поступали в стационар с диагнозом буллезная эмфизема легких, осложненная пневмотораксом. Для купирования пневмоторакса и расправления легкого выполнялась пункция и дренирование плевральной полости. В сроки до 10 дней расправления легкого добиться не удалось (сохранялся коллапс легкого и сброс воздуха по дренажам), что послужило показанием к установке бронхоблокатора. Выполнить оперативное вмешательство было невозможно, из-за тяжелой сопутствующей патологии (легочно-сердечная недостаточность). Все вмешательства выполнялись под местной анестезией в сочетании с внутривенной седацией. Адресный бронх определялся по результатам мультиспиральной компьютерной томографии или введением окрашенного раствора в плевральную полость при фибробронхоскопии. В 3 наблюдениях при пневмотораксе справа клапан был установлен в верхнюю долю (2) и бронхи базальных сегментов (1). При левостороннем поражении клапан был установлен в верхнедолевой бронх. Размеры установленных клапанов 10-3; 11-2. Осложнений в процессе установки не было. Сброс воздуха прекратился у всех пациентов (на 1 сутки у 1 пациента, на 2 сутки у 2, на 3 сутки у 1 и на 4 сутки у 1). Длительность клапанной блокации составила от 7 до 12 суток. На момент удаления бронхоблокатора при рентгенографии органов грудной клетки легкое было расправлено, а дренаж из плевральной полости был удален за 1-2 суток до удаления блокатора. Удаление клапана проводилось в условиях местной анестезии при помощи щипцов типа «крысиный зуб». Во всех наблюдениях осложнений не отмечено. На 2 сутки после удаления выполнялась рентгенография органов грудной клетки, при которой рецидива пневмоторакса не было. Таким образом, применение методики клапанной бронхоблокации у пациентов с буллезной эмфиземой легких осложненной пневмотораксом, во всех наблюдениях позволило добиться расправления легкого, удаления дренажей из плевральной полости и выписки пациентов из стационара.

114. ОСЛОЖНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

Ю.В. Чикинев^{1,2}, Е.А. Дробязгин^{1,2}, М.Г. Пустоветова¹, К.А. Пионтковская¹

г. Новосибирск

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

Торакоскопические вмешательства при буллезной эмфиземе легких являются малоинвазивными и малотравматичными, позволяя удалить или провести деструкцию пораженного буллами участка легочной ткани, а так же выполнить плевродез для предотвращения рецидива заболевания. В клинике в период с 2004 по ноябрь 2014 года 157 пациентам выполнены операции при буллезной эмфиземе легких (мужчин - 133; женщин - 24) в возрасте от 16 до 66 лет. Диагноз был подтвержден данными мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки, при которой у большинства пациентов (138 – 87,9%) патологический процесс носил двухсторонний характер. Вмешательство проводили со стороны более выраженных изменений или на стороне происходивших пневмотораксов. Так, торакоскопия справа выполнена 88 (56,05%) пациентам, слева 69 (43,95%). Чаще буллезные изменения были в S 1 и 2 легких (133– 84,71%). У меньшего числа пациентов (15 – 9,55%) буллезные изменения были в S1, 3 и 5, либо были локализованы в других сегментах легкого (9 – 5,73%). Размеры булл от 3-4 мм до 4 см. Пациентам выполнены следующие вмешательства: плевродез – 3 (1,91%), деструкция булл и плевродез – 21 (13,38%), резекция легкого и плевродез – 2 (1,27%), деструкция булл и плеврэктомия – 51 (32,48%), резекция легкого и плеврэктомия – 54 (34,4%), VATS – резекция и плеврэктомия – 6 (3,82%), плеврэктомия – 5 (3,18%), резекция легкого – 10 (6,37%), деструкция булл – 5 (3,18%). Конверсия была у 2 пациентов (1,27%). В обоих случаях ее причиной было кровотечение, которое не возможно было остановить эндоскопическим способом. В послеоперационном периоде у 16 пациентов возникли осложнения, что составило 10,19%. У 15 пациентов (9,55%) отмечался длительный сброс воздуха по дренажам (более 6 суток) и отсутствие полного расправления легкого, в 1 (0,63%) наблюдении возник свернувшийся гемотораксом. Всем пациентам с бронхоплевральными свищами выполнялась деструкция булл ДЭК, что, по-видимому, и явилось причиной формирования свищей в послеоперационном периоде. В 2 (1,27%) случаях при помощи клапанной бронхоблокации удалось устранить сброс воздуха и добиться расправления легкого. В остальных случаях потребовалось повторное вмешательство: торакотомия, ушивание дефекта легочной ткани – 10 (6,36%), реторакоскопия, ушивание дефекта легочной ткани – 2 (1,27%), VATS - ушивание легкого – 1 (0,63%), торакоскопия, удаление свернувшегося гемоторакса – 1 (0,63%). Таким образом, торакоскопические вмешательства при буллезной эмфиземе легких являются эффективным методом лечения данной категории пациентов, позволяя устранить буллезные изменения легочной ткани и выполнить плеврэктомию или плевродез, как профилактику рецидива пневмоторакса в дальнейшем. Основным осложнением в раннем послеоперационном периоде является возникновение бронхо-плевральных свищей, что требует повторных вмешательств.

115. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОРСИНЧАТЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ СО СТЕЛЮЩИМСЯ ТИПОМ РОСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ

М.С. Аникина², В.В. Помогайбо², С.И. Дегтярёва², Е.А. Дробязгин^{1,2}, Ю.В. Чикинев^{1,2}, Д.А. Лютин²

г. Новосибирск

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

Проблема диагностики и лечения доброкачественных новообразований толстой кишки является одной из актуальных в современной клинической хирургии. Частота малигнизации полипов, по данным различных авторов, колеблется от 1-4% (при одиночных полипах) до 20% (при множественных полипах). Ворсинчатые аденомы малигнизируются от 19 до 40% случаев. Все больше уделяется внимания внутрипросветным способам лечения данной патологии. Но до сих пор существуют разногласия о возможностях и границах применения 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 2014 год выполнено 218 эндоскопических резекций ворсинчатых опухолей толстой кишки со стелющимся типом роста размерами от 3 см в диаметре у основания до занимающих 2/3 окружности кишки. Из них комбинированный метод петлевой эксцизии диатермической петлей в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией (АПК) применен в 44 случаях, изолированно метод АПК был применен в 9 операциях. Распределение по полу было следующим: при комбинированном методе мужчин было 12, женщин 32; при использовании АПК мужчин не было, женщин 9. По возрастам все пациенты были старше 50 лет. Распределение по локализации опухоли при комбинированной методике: прямая кишка – 31, ректосигмоидный отдел – 4, сигмовидная кишка – 3, ободочная кишка – 1, слепая кишка – 3, синхронные опухоли 2 пациента. При использовании АПК так единственного способа лечения: прямая кишка – 6; сигмовидная кишка – 2; синхронные ворсинчатые опухоли – 1. По размерам опухоли: занимающие до 1/3 окружности (3-5 см в диаметре) комбинированный метод – 22, АПК – 7; от 1/3 до 1/2 окружности комбинированный метод – 13, АПК – 2; более 1/2 окружности комбинированный метод – 9 пациентов. Исследование и лечение проводилось аппаратом «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 АПК. Рецидив заболевания отмечен после применения комбинированного

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

метода в 15 (34%) случаях, после АПК в 5 (55%). В 2 (4%) случаях применения комбинированного метода отмечены кровотечения из основания удаленной опухоли, которые удалось остановить введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:1000 в сочетании с АПК. При применении АПК осложнений не отмечалось. Выводы: комбинированный метод эндоскопического удаления показан при ворсинчатых опухолях толстой кишки со стелющимся типом роста больших размеров. К достоинствам метода следует отнести возможность эксцизии опухоли любой локализации, хороший функциональный результат лечения, возможность применения у больных с высоким риском открытых хирургических вмешательств, относительную дешевизну метода, снижение количества послеоперационных осложнений при применении метода АПК. К недостаткам метода относится высокий риск рецидива заболевания, который меньше при применении комбинированного метода петлевой эксцизии ворсинчатой опухоли с АПК.

116. Наш опыт лапароскопической аппендэктомии

Чемодуров Н.Т., Белоконов А.Ю., Михальчевский П.С. Ищенко А.В., Ильин В.А., Дубовенко В.В., Шкрадюк А.В., Летюк В.И.

Симферополь

ООО "Клиническая больница"

В настоящее время в большинстве хирургических стационаров РФ лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) выполняется редко или не выполняется вовсе. Обладая всеми преимуществами видеозендоскопических вмешательств (косметический эффект, низкий уровень послеоперационной боли, ранняя реабилитация, минимизация спаечного процесса) ЛА должна найти более широкое применение как в ургентной, так и в плановой хирургии. На основании 76 выполненных ЛА (32 по поводу острого и 44 – по поводу хронического аппендицита) проанализированы оперативно-технические аспекты хирургического вмешательства. Показаниями к ЛА является наличие острого или хронического аппендицита. Диагноз острого аппендицита ставился нами на основании типичной клиники, подтвержденной данными лабораторных исследований; хронического - после комплексного обследования, ведущую роль в котором играли цифровая ирригоскопия, виртуальная компьютерная колоноскопия и рекомендации гастроэнтеролога. Операция ЛА нами выполняется в положении Тренделенбурга 200 и наклоном операционного стола налево на 150. Под пупком устанавливается 10-мм

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

троакар для оптики, 5-мм троакар в левой подвздошной области и 5-мм (при лигировании отростка) либо 12-мм троакар (при аппаратном отсечении) по правому фланку. Для пересечения брыжейки применяем ультразвуковой скальпель «Harmonic» практически всегда без клипирования аппендикулярной артерии. Для обработки культи червеобразного отростка при остром аппендиците с инфильтрацией или основания отростка и/или купола слепой кишки используем эндоскопический линейный перезаряжаемый сшивающе-режущий аппарат ETS 45 Ethicon Endo – Surgery с синей кассетой. Мы присоединяемся к мнению большинства американских и европейских эндоскопических хирургов, что использование в таких случаях линейного сшивающего аппарата является самым надежным методом обработки культи отростка. В тоже время, следует отметить, что в ряде случаев отмечали незначительное межскрепочное кровотечение из культи отростка, которое легко останавливалось временной тампонадой марлевой салфеткой. Применение энергии (ультразвуковой, либо электрической) в зоне скрепочного шва считаем недопустимым. В случае катаральной либо хронической формы аппендицита культи отростка мы обрабатывали лигатурным методом без применения эндопетли. Эвакуацию червеобразного отростка, как правило, проводили в эндоконтейнере через троакар по правому фланку. Дренирование брюшной полости нами выполнялось в единичных случаях после аппендэктомии по поводу острого аппендицита с большим количеством реактивного выпота; для его оттока на срок менее суток дренируем полость малого таза через 5 мм троакар в левой подвздошной области. С целью предупреждения гнойно-воспалительных осложнений проводим суточную антибиотикопрофилактику (цефуроксим 1,5г в/в во время вводного наркоза с последующим повторным введением 0,75г через 2 часа и 10 часов после операции). На следующее утро после операции больным разрешали общий режим и стол 1а; выписка обычно производилась через сутки после вмешательства. Ни в одном из 76 случаев выполненных нами ЛА мы не наблюдали интраоперационных или ранних послеоперационных осложнений. Несмотря на то, что себестоимость ЛА несомненно выше, чем у традиционной аппендэктомии, эта операция должна найти более широкое применение как в ургентной, так и в плановой хирургии. А случаях аппендицита у пациентов с ожирением, у женщин детородного возраста и при неуверенности в диагнозе - ЛА должна являться операцией выбора.

117. ЭНДОСТЕНТИРОВАНИЕ ТРАХЕИ ПРИ ЕЕ РУБЦОВОМ СУЖЕНИИ

Ю.В. Чикинев^{1,2}, Е.А. Дробязгин^{1,2}, М.С. Аникина², И.В. Пешкова^{1,2}

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

г. Новосибирск

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

За период с 1996 по декабрь 2014 года лечение в клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета на базе отделения торакальной хирургии находилось проходили 77 пациентов с рубцовым стенозом трахеи (мужчин- 50; женщин-27) в возрасте от 16 до 76 лет. Причиной возникновения и развития стеноза у большинства пациентов (53) явилась трахеостомия, в 18 случаях длительная ИВА осуществлялась через интубационную трубку. У 5 пациентов стеноз возник в ранние сроки после выполненной циркулярной резекции трахеи в области анастомоза, в связи с ранним выполнением вмешательства (1-1,5 месяца с момента его формирования). В 1 случае причина стеноза была не ясна. Сроки развития стеноза от момента деканюляции или экстубации составили от 1 недели до 5 месяцев. В тяжелом состоянии с выраженными явлениями дыхательной недостаточности доставлены 40 пациентов, что потребовало экстренного бужирования суженного участка трахеи. В 37 наблюдениях пациенты поступали в стационар в стабильном состоянии, что позволяло провести дообследование. Локализация и протяженность участка сужения уточнялась по данным ТМГ трахеи и эндоскопическом исследовании, выполненном после восстановления проходимости трахеи. Так сужение верхней трети трахеи диагностировано у 44 пациентов, верхней и средней трети у 5, средней трети у 12, средней и нижней трети трахеи 4, нижней трети у 5, стеноз трахеального анастомоза после ранее выполненной резекции 5. При этом стеноз трахеи I степени выявлен у 7 пациентов, II степени у 26, III степени у 43. В 1 наблюдении была облитерация просвета трахеи в зоне сужения. У 3 пациентов помимо стеноза трахеи имелся трахеопищеводный свищ, что меняло тактику лечения и значительно утяжеляло их состояние. Первым этапом лечения 76 пациентам проведено одномоментное эндоскопическое расширение стенозированного участка трахеи тубусами ригидного бронхоскопа до №№ 10-12 Friedel. В 8 наблюдениях была проведена длительная дилатация (в течение 1 суток) установленной в зону стеноза интубационной трубкой. Светлый промежуток после первого сеанса эндоскопического лечения у 66 пациентов составил от 1 суток до 19 дней и потребовал повторных вмешательств. Лишь у 10 пациентов однократное расширение суженного участка трахеи привело к восстановлению проходимости дыхательных путей и не потребовало дальнейшего лечения. Основным методом лечения у 34 пациентов выбрано бужирование суженного участка трахеи с установкой эндопротеза в зону сужения (пластиковый - 2; силиконовый типа Dumon - 32). Длина стентов составила от 4 до 7 см, а внутренний диаметр 9-11 мм. Предпочтение отдавалось стентам с внутренним диаметром 10 или 11 мм (28 пациентов). Интраоперационных осложнений не было. В ранние сроки после установки стента (до 2 недель) повторные вмешательства понадобились 4 пациентам (1 – миграция стента ниже участка сужения, 3 – миграция выше участка сужения). В отдаленном периоде после вмешательства (от 2 недель и более) осложнения возникли у 14 пациентов (миграция стента выше или ниже участка сужения – 10, откашливание стента - 4, рост грануляции по верхнему краю стента - 4).

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Это потребовало: коррекции положения стента у 5 пациентов, удаления с повторным стентированием у 6, рестентирования у 4, удаления грануляций щипцами ригидного бронхоскопа у 2. Длительность нахождения стента в просвете трахеи составила от 6 месяцев до 3 лет. После окончания курса лечения стенты удалены у 20 пациентов (у 9 лечение продолжается), судьба 5 неизвестна. Стойкого просвета в зоне стеноза удалось добиться у 14 пациентов. Повторные вмешательства (2 и более) при рецидиве стеноза проведены 6 пациентам в сроки от 10 дней до 3 лет после удаления стента (бужирование суженного участка трахеи, рестентирование). У 2 пациентов после рестентирования принято решение о постоянном стентировании. «Открытые» хирургические вмешательства (резекция трахеи) выполнены 2 пациентам после первого курса лечения. Таким образом, установка стента в зону рубцового сужения трахеи может быть как основным методом лечения, так и предварять «открытое» вмешательство.

118. Лапароскопическая паховая герниопластика – опыт первых 50 операций

Ищенко А.В., Белоконь А.Ю., Ильин В.А.

Симферополь

ООО "Клиническая больница"

Бурное развитие в течение последних 20 лет малоинвазивных лапароскопических оперативных методик не могло не повлиять на способы коррекции паховых грыж. Стоит признать, что в настоящее время, как для большинства хирургов, так и для пациентов, по-прежнему более понятным и приемлемым остается традиционный способ «открытого» грыжесечения с пластикой задней стенки пахового канала полимерной сеткой. Этот способ технически относительно прост и финансово малозатратен в отличие от лапароскопической паховой герниопластики. Некоторые хирурги по-прежнему не признают лапароскопические методики в герниологии, считая их неоправданно дорогими по сравнению с открытыми операциями. В то же время лапароскопический доступ в хирургии паховых грыж имеет все преимущества эндоскопических вмешательств – малая травматичность, невыраженный болевой синдром, ранняя реабилитация. Технические плюсы – отличная визуализация типичных анатомических образований паховой области, размещение сетчатого протеза в предбрюшинном пространстве (надежное удержание за счет внутрибрюшного давления), возможность одновременной коррекции двухсторонних паховых грыж и выполнения симультанных операций в

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

брюшной полости, минимальный риск развития хронического болевого синдрома паховой области и уменьшение дискомфорта в послеоперационном периоде. Лапароскопическая паховая герниопластика в клинике «Генезис» внедрена в практику в течение последних четырех лет. Проанализирован опыт 50 хирургических вмешательств. Все пациенты были мужчины в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст 43 года); срок грыженосительства – от 1 до 24 месяцев (среднее значение – 10 месяцев). К собственному удивлению, проанализировав локализацию грыж, мы выяснили, что практически все наши пациенты были с правосторонними грыжами (36 наблюдений – 10 прямых и 16 косых грыж), за исключением двухсторонней локализации – 12 наблюдений (5 прямых и 5 косых грыж) и 2 случаев левосторонней косой грыжи. В одном случае имела место рецидивная грыжа - второй рецидив после герниопластики собственными тканями (правосторонняя косая грыжа); в трех наблюдениях - пахово-мошоночная локализация грыжевого выпячивания. ТАРР-пластика нами выполнена у шести пациентов, ТЕР – у 43. В одном наблюдении, при пахово-мошоночной локализации грыжевого мешка, была произведена конверсия лапароскопического доступа в традиционный паховый с последующей пластикой по Лихтенштейну (из-за трудностей с выделением грыжевого мешка из элементов семенного канатика). ТАРР-методику мы использовали на этапе внедрения (вторая половина 2010 года), ведь выполнение основных этапов пластики в брюшной полости было нам более привычным, благодаря многолетнему опыту билиарной лапароскопической хирургии. В одном случае был осуществлен переход с ТЕР-метода на ТАРР в связи с повреждением брюшины и созданием напряженного пневмоперитонеума. В настоящее время при возникновении подобной ситуации в процессе ТЕР-пластики мы устанавливаем иглу Вереша в брюшную полость для ликвидации напряженного пневмоперитонеума и продолжаем оперировать в предбрюшинном пространстве. ТЕР пластика типично выполнена у остальных 43 пациентов. Из технических особенностей хотим отметить значительное удобство использования специального «почкообразного» баллона при двухсторонних грыжах, который осуществляет диссекции брюшины с двух сторон одновременно. В настоящее время для ТЕР-пластики мы используем так называемую «тяжелую» сетку, которая в отличие от «облегченной» хорошо расправляется и укладывается в предбрюшинном пространстве. Сетку раскраиваем, как при пластике по Лихтенштейну, проводя нижний край под семенным канатиком, формируя «ножками» сетки внутреннее паховое кольцо и обязательно фиксируем ее не менее чем в 5 точках с помощью спиралей эндостеплера «Protak». Лапароскопическая паховая герниопластика в нашей клинике выполняется по типу «стационара одного дня». Пациент оперируется в день поступления и уже на следующий день выписывается на амбулаторное лечение. Интра- и послеоперационных осложнений не было; по поводу рецидива грыжи никто не обращался. Из особенностей послеоперационного периода мы отметили возникновение в ряде случаев локальных сером в месте ранее существовавшего грыжевого выпячивания при прямой паховой грыже. Данное образование становилось поводом для беспокойств и предположений наших пациентов о неустранении грыжи, но существование серомы подтверждалось на УЗИ паховой области; не более чем за месяц серома бесследно исчезала. Более широкому внедрению лапароскопической паховой герниопластики в нашей клинике

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

определенным образом препятствуют как низкая информированность населения о возможностях метода, так и его высокая стоимость, обусловленная ценой расходных материалов.

119. Лапароскопическая хирургия рака прямой кишки: опыт одного центра

Карачун А.М., Петрова Е.А., Петров А.С., Пелипась Ю.В., Самсонов Д.В., Козлов О.А., Сапронов П.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ "НИИ Онкологии им.Н.Н.Петрова"

Противоречивость данных крупных рандомизированных исследований начала XXI века, посвященных определению места лапароскопических операций в хирургическом лечении рака прямой кишки, обусловила бурную дискуссию, касающуюся развития и внедрения малоинвазивной хирургии в лечение рака прямой кишки. Большинство авторов сходится во мнении о том, что ключевым фактором в получении хороших клинических результатов является подготовка хирурга и организация работы центра, занимающегося лапароскопическими вмешательствами. Представлен опыт выполнения 116 лапароскопических операций при раке прямой кишки – 73 передних резекции и 43 брюшно-промежностных экстирпации за пятилетний период. За время развития лапароскопической хирургии рака прямой кишки в условиях крупного онкологического стационара были значительно изменены подходы к предоперационному стадированию, работе в операционной и послеоперационному ведению больных. Была выявлена необходимость создания специализированного протокола для адекватной оценки результатов лечения больных раком прямой кишки. По протоколу были оценены 43 операции – 26 лапароскопических и 17 «открытых». Различий в частоте послеоперационных осложнений получено не было. Частота положительного края резекции составила 15% в группе лапароскопических операций и 23% в группе «открытых» вмешательств. При оценке качества выполнения тотальной мезоректумэктомии в 88,5% лапароскопических и в 65% открытых операций ТМЕ была признана хорошей, удовлетворительной в 11,5% лапароскопических вмешательств и в 29,4% «открытых» операций, неудовлетворительная ТМЕ была в одном случае в группе открытых операций. Перфорация опухоли была выявлена в 3,8% лапароскопических операций и в 17,6% открытых операций. Частота конверсий составила 7,7%. Таким образом, развитие лапароскопической хирургии рака прямой кишки в условиях крупного онкологического центра

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

возможно лишь при значительной модификации многих аспектов работы отделения.

120.60 робот-ассистированных операций по поводу рака прямой кишки.

Гладышев Д.В.(1), Коваленко С.А.(1), Моисеев М.Е.(1), Гнедаш С.С.(1), Шелегетов Д.С.(2)

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ Городская больница №402) Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Эндовидеохирургические технологии – одно из наиболее динамично развивающихся направлений современной хирургии, в числе которых и самый современный метод – метод робот-ассистированных операций. С начала использования роботокомплекса Da Vinci Si HD нами выполнено более 110 операций по поводу колоректального рака. Однако, на наш взгляд, наибольший научный и практический интерес представляют операции на прямой кишке, где раскрываются все преимущества этого инструмента. Целью нашего исследования является оценить первые непосредственные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний прямой с применением комплекса Da Vinci. В период с августа 2013 по декабрь 2014 годов нами выполнено 60 робот-ассистированных операций по поводу злокачественных новообразований прямой кишки. 39 операций с выполнением тотальной мезоректумэктомии и в 21 случае - частичной. Мужчин было 18, женщин – 42. Возраст от 24 до 83 лет. ИМТ от 18,3 до 39,9. 16 пациентов имели предшествующие операции на органах брюшной полости: аппендэктомия – 8, холецистэктомия – 5, кесарево сечение – 3. Все операции выполнены по поводу аденокарциномы различной степени дифференцировки. 5 пациентов получили неoadъювантную химиолучевую терапию. При выполнении роботических операций на прямой кишке мы используем методику «single docking», которая позволяет выполнять все этапы операции (выделение и пересечение сосудов, медиально-латеральную мобилизацию левого фланга и селезеночного изгиба, мезоректумэктомию) роботически из одного положения консоли пациента и троакаров. Во всех случаях выполнена стандартная лимфодиссекция с включением в удаляемый препарат апикальных лимфатических узлов (в 53 случаях нижняя брыжеечная артерия пересечена у устья, в 7 случаях была сохранена левая толстокишечная артерия). Удаление препарата осуществлялось через минилапаротомный разрез. В двух случаях (у

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

молодых женщин) препарат удален через влагалище. Формирование анастомоза осуществлялось при помощи циркулярного сшивающего аппарата. Во всех случаях низких резекций формировалась превентивная илеостома в модификации Торнболла. Продолжительность операций: первые 20 операция 203±55 мин, последние 20 - 167±48 мин. На начальном этапе освоения робот-ассистированной методики достаточно продолжительное время (до 30-40 минут) занимало выполнение процедуры «докинг». По мере освоения метода это время сократилось до 10-15 минут. Интраоперационная кровопотеря: средняя 70 мл, максимальная – 300 мл (кровотечение из вен крестца). Минимальную кровопотерю оценить затруднительно, потому что это 2-3 практически сухих турунды. Конверсия была в 4 случаях: в одном случае на открытую операцию – неконтролируемое кровотечение из брыжейки сигмовидной кишки у пациента с морбидным ожирением, еще в 3 случаях необходимость выполнения комбинированной операции в связи с расхождением предоперационных данных МРТ таза и интраоперационных находок (местнораспространенные опухоли). Количество удаляемых лимфатических узлов: от 16 до 23 (18,6). При выполнении мезоректумэктомии в одном случае получен положительный латеральный край резекции (у пациента после неoadъювантного лечения). Средний срок начала перорального питания (дни) – 1,5. Восстановление моторики кишки, отхождение газов (дни) – 1,7. Средняя длительность пребывания в стационаре – 7,4 к/дня. Послеоперационные осложнения в виде несостоятельности сигморектоанастомоза отмечены у 3 пациентов (5%). В 1-ом случае был летальный исход на 2-е сутки после операции от массивной тромбоэмболии легочной артерии. Высокая четкость визуализации в формате 3D, стабильность изображения, значительные манипуляционные преимущества роботических инструментов, а также комфортное положение хирурга за консолью управления позволяют выполнять все манипуляции с большей долей безопасности и прецизионности по сравнению с традиционной лапароскопической техникой, особенно при операциях на прямой кишке.

121.МЕТОДИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ХОЛЕДОХА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Праздников Э.Н., Семенов М.В., Семенов С.М., Миронов К.Э.

Москва

Праздников Э.Н.(1), Семенов С.М.(1), Миронов К.Э.(1) Семенов М.В.(2)1)МГМСУ, 2) ЦКБ № 2 им Н.А. Семашко ОАО РЖД

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Приведены результаты 83 лапароскопических санаций гепатикохоледоха у больных с холедохолитиазом в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии. Дана оценка эффективности антеградной санации холедоха с использованием YAP:Nd лазера, баллонной дилатации фатерова сосочка. Цель исследования: оценить эффективность интраоперационной антеградной санации холедоха с использованием YAP:Nd лазера и баллонной дилатации фатерова сосочка в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с холедохолитиазом. Материалы и методы: В своей работе мы использовали в качестве холедохоскопа уретеропиелоскоп ACMI DUR8 Elite BA, YAP:Nd лазер (литотриптер), эндовидеохирургический комплекс "Karl Storz", эндовидеоскопический комплекс Olympus 160 Exera. В период с 2008 по 2014 годы в нашей клинике с использованием данной технологии оперированы 82 пациента – это специально выбранные пациенты с учетом неотягащенного терапевтического статуса, страдающие холедохолитиазом, которым производилась в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии лапароскопическая санация холедоха. Техника операции: Первым этапом проводилась лапароскопическая холецистэктомия с клипированием дистального отдела пузырного протока, проксимально пузырный проток не клипировался и через его просвет в дальнейшем выполнялись манипуляции внутри просвета гепатикохоледоха. Вторым этапом выполнялась интраоперационная холангиография, при подозрении на холедохолитиаз холедохоскопия с литэкстракцией. Учитывая небольшие размеры внутреннего диаметра пузырного протока для фрагментации конкрементов использовался YAP:Nd лазерный литотриптер. Полученные в результате литотрипсии песок и мелкие осколки конкрементов удаляли под контролем холедохоскопа аспирационным путем. Следующим этапом выполняли баллонную дилатацию фатерова сосочка под контролем дуоденоскопа, оставшиеся фрагменты конкрементов отмывались в просвет двенадцатиперстной кишки. Контроль санации холедоха осуществляли холедохоскопом. Операцию заканчивали клипированием культи пузырного протока «наглухо». У 63 пациентов удалось адекватно санировать гепатикохоледох по описанной выше методике без дренирования холедоха и выполнения папиллотомии. В 4 случаях по техническим причинам не удалось воспользоваться лазерным литотриптером. В этих случаях в начале второго этапа операции выполнялась баллонная дилатация фатерова сосочка под контролем дуоденоскопа. Далее гидравлическим путем производилась санация холедоха, причем прохождение конкремента через дилатированный фатеров сосочек контролировалось дуоденоскопом. В случае невозможности гидравлической санации в просвет холедоха вводились раздутые баллонный дилататор или катетер Фогарти. Санация холедоха осуществлялась механическим путем антеградно. Контроль адекватности санации холедоха производился с помощью холедохоскопа. В 17 случаях абсолютной уверенности в полной санации холедоха не было. Поскольку интраоперационная холангиография, выполненная в условиях дуоденоскопии (пневмодуоденума), а также после выполнения холедохоскопии в условиях пневмоперитонеума не является информативной (пневмобилия). В ходе выполнения холедохоскопии не всегда можно абсолютно точно утверждать об истинной санации внутривнутрипеченочных протоков. В этих случаях операция была закончена

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дренированием холедоха по Пиковскому. Оценку эффективности лапароскопической санации холедоха в отдаленном периоде осуществляли путем сравнения результатов лечения у двух групп больных. Первая группа больных 600 пациентов (1989-2009 годы) – это больные с холедохолитиазом, которым перед выполнением лапароскопической холецистэктомии в сроки от 2 до 12 суток до операции выполнялась ретроградная панкреатохолагиография с эндоскопической папиллотомией и ретроградной санацией гепатикохоледоха. Результаты. У 63 пациентов, которым выполнялась лапароскопическая санация холедоха по предложенной технологи каких либо патологических изменений со стороны фатерова сосочка, желчевыводящей системы и поджелудочной железы в сроки 1 — 3 месяца после операции выявлено не было. Следует отметить, что у всех этих пациентов замыкательная функция фатерова сосочка к моменту обследования была полностью восстановлена, признаков рецидивного холедохолитиаза выявлено не было. Заключение: Применение лапароскопической санации холедоха с использованием холедохоскопии, лазерной литотрипсии, балонной дилатации фатерова сосочка в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с холедохолитиазом сокращает время пребывания пациента в стационаре, поскольку как правило не требует дренирования желчевыводящих протоков, позволяет избежать поздних осложнений эндоскопической папиллотомии и развития посттравматических стриктур холедоха.

122. СЕЛЕКТИВНАЯ ГЕПАТОПРОТЕКЦИЯ КОФЕРМЕНТОМ АДЕМЕТИОНИНОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Праздников Э.Н., Семенов М.В., Бакирова Ю.В., Миронов К.Э.

Москва

Праздников Э.Н.(1), Миронов К.Э.(1) Семенов М.В.(2), Бакирова Ю.В. (2) 1) МГМСУ, 2) ЦКБ № 2 им Н.А. Семашко ОАО РЖД

Приведены результаты лечения 45 пациентов механической желтухой опухолевого генеза и исследовано 120 историй болезней больных с механической желтухой опухолевого генеза, ранее лечившихся в клинике. Дана оценка эффективности гепатопротекции адеметионином и оценено влияние его на качество жизни у больных механической желтухой опухолевого генеза в предоперационном периоде, во время операции и раннем послеоперационном периоде. Цель исследования: Повысить эффективность хирургического лечения (уменьшить летальность и частоту

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационных осложнений) и улучшить качество жизни больных механической желтухой опухолевого генеза путем применения селективной гепатопротекции адеметионином в предоперационном периоде, во время операции и раннем послеоперационном периоде. Изучаемые явления: Состояние белково-синтетической и детоксикационной функции печени, показателей печеночного кровотока, динамика холестатического, коагулопатического и цитолитического синдромов при хирургическом лечении больных механической желтухой опухолевого генеза. Селективная гепатопротекция адеметионином, оценка его влияния на качество жизни у больных механической желтухой опухолевого генеза в предоперационном периоде, во время операции и раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы: в данной работе использованы клинические, рентгенологические (включая ЭРПХГ, МСКТ, МРТ), ультразвуковые, эндоскопические, лабораторные (общий, биохимический анализы крови, коагулограмма) методы исследования, реовазографию печени, анкетирование больных, статистическую обработку. В ходе исследования пациенты были разделены на группу сравнения (n=120), получавшую традиционный объем до- и послеоперационного лечения, и основную группу (n=45), которой в комплекс лечения добавлен адеметионин по разработанной схеме (в течение 3 – 5 суток до операции и в первые 3 суток после операции — по 800 мг (2 ампулы по 5 мл) внутривенно капельно, с 4-х по 7-е сутки (в тяжелых случаях — до 10 – 15 суток) — перорально в капсулах по 800 мг в сутки). Исследование уровня печеночных проб у больных с механической желтухой до ее устранения (исходные данные) показали высокие значения общего билирубина, ЩФ, АСТ, АЛТ, причем в обеих группах эти изменения статистически незначимы. Включение адеметионина в комплекс до- и послеоперационного лечения больных с обструкцией желчных путей позволяет достоверно сократить средние сроки нормализации показателей цитолитического (с $14,7 \pm 1,9$ до $10,8 \pm 1,7$ суток) и холестатического (с $11,8 \pm 1,4$ до $8,2 \pm 1,2$ суток) синдромов. Кроме того, применение препарата адеметионина в комплексном лечении больных с механической желтухой способствовало более быстрой (в среднем на 3,5 суток) нормализации порто-печеночного кровотока в послеоперационном периоде. Заключение: применение адеметионина является эффективным и патогенетически обоснованным в плане защиты гепатоцитов в ходе комплексного лечения больных с механической желтухой порто-печеночного кровотока при диффузных и очаговых заболеваниях печени. Адеметионин положительно влияет на состояние белково-синтетической и детоксикационной функции печени, улучшение показателей печеночного кровотока, положительную динамику холестатического, коагулопатического и цитолитического синдромов при хирургическом лечении больных механической желтухой опухолевого генеза, что позволяет добиться более ранней послеоперационной реабилитации больных, повысить эффективность хирургического лечения (уменьшить летальность и частоту послеоперационных осложнений) и улучшить качество жизни больных.

123. Пункционное лечение кистозных образований органов брюшной полости

Р.М. Гарипов, Т.В. Мусин, Р.А. Ямалов, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов, И.М. Ярмухаметов, А.А. Акубеков.

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ МЗ РБ "Больница скорой медицинской помощи". г.Уфа

Кистозные поражения печени и поджелудочной железы являются одной из тяжелейших патологий в абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы подчеркивает распространённость заболевания. Несмотря на большую распространённость кистозных поражений на сегодняшний день не существует единой рациональной лечебной тактики в лечении данной категории больных. С развитием ультразвукового инструментария и наработкой клинического опыта широкое распространение приобретают интервенционные вмешательства. Цель исследования - провести анализ эффективности пункционных методов лечения кист поджелудочной железы и печени. Материал и методы. Проведен анализ пункционного лечения 45 больных с кистами поджелудочной железы и 6 с непаразитарными кистами печени за период с 2009 по 2014 годы. Всем больным было выполнено чрескожное пункционное дренирование под УЗ-контролем. Пункционное лечение не применялось при «опухолевом» и «паразитарном» характере кист и неэффективно при истинных кистах поджелудочной железы. В исследованной группе с кистами поджелудочной железы мужчин было 35 (77,78%), женщин - 10 (22,22%). Возраст больных колебался от 27 до 57 лет. У двух больных кисты носили множественный характер. В исследованной группе с кистами печени был 1 мужчина (16,67%) и 5 женщин (83,33%). Возраст больных колебался от 26 до 47 лет. Все больные по-ступили в плановом порядке. Длительность заболевания у больных колебалась от 1 года до 9 лет. У всех больных кисты носили солитарный непаразитарный характер. Размеры кист варьировали от 5 до 13 см. Результаты. У 3 больных, пролеченных пункционным методом, характер кист поджелудочной железы оказался истинным, вследствие чего лечение оказалось неэффективным – объём кисты восстановился через 5 суток. У 7 больных пункционное дренирование проводилось на фоне деструктивного панкреатита и оказалось неэффективным. В результате в течение 2-4 суток сохранялись признаки системной воспалительной реакции и потребовало оперативного вмешательства с использованием малоинвазивных технологий. У трёх больных произошла дислокация дренажа в послеоперационном периоде в сроки 1, 5 и 6 суток. У 2 больных было выполнено повторное пункционное дренирование кист с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

благоприятным исходом. У одной больной кисты имели множественный характер и при дренировании выявилась полость не связанная с пунктируемым образованием без акустического доступа, что привело в последующем к широкому оперативному вмешательству – наложению цистогastro– и цистоеюноанастомоза. Подводя итоги первого опыта пункционного лечения кист поджелудочной железы, признаны неудачными 12 случаев (26,66%). 4 из которых потребовали прибегнуть к методикам внутреннего дренирования кист. Три к лапароскопической санации и наружному дренированию кисты. Пять к минилапаротомии и наружному дренированию кисты. Дифференцированное применение пункционного дренирования непаразитарных кист печени позволило нам достигнуть успеха у 83,33% больных. Пункционное дренирование кист является перспективной методикой лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы и непаразитарными кистами печени при дифференцированном подходе в каждом случае. Малая травматичность подразумевает короткие сроки пребывания больного в стационаре, быстрое восстановление работоспособности и может служить альтернативой оперативному лечению.

124. Ультразвуковая навигация в хирургическом лечении жидкостных образований брюшной полости из мини-доступа.

Солодов Ю.Ю., Дёмин Д.Б., Лайков А.В., Фуныгин М.С

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение: Стремительное совершенствование технологий позволило пересмотреть подходы к лечению пациентов с интраабдоминальными абсцессами. В последнее время число открытых оперативных вмешательств сводится к минимуму, уступая место мини-инвазивным вмешательствам. Важным компонентом данной методики является ультразвуковая ассистенция (в литературе - ультразвуковой контроль, ультразвуковая навигация), обеспечивающая прицельное попадание в полость абсцесса. Однако метод эффективен у 74 -85% пациентов, что связано с затруднительным удалением через дренажную трубку тканевого детрита вследствие ее малого диаметра. Возникает необходимость в этапных операциях. Исходя из этого представляется актуальным изменить хирургическую составляющую метода и расширить объем получаемой интраоперационно информации. Цель исследования. Разработать новую более эффективную методику дренирования абсцессов брюшной полости и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

забрюшинного пространства, выполняемую под ультразвуковой ассистенцией. Методы исследования. В 2011 году в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе больницы имени Н.И. Пирогова г. Оренбурга был разработан метод дренирования жидкостных образований брюшной полости из миниинвазивного хирургического доступа под непрерывной ультразвуковой ассистенцией. Сущность метода. В условиях операционной под общей анестезией делают небольшой разрез кожи (2-3 см) в выбранной точке и под постоянной интраоперационной ультразвуковой ассистенцией послойно осуществляют доступ к образованию (абсцесс, псевдокиста, острое парапанкреатическое жидкостное скопление). Это позволяет избежать повреждения полых и паренхиматозных органов, а также сосудистых структур при осуществлении доступа. После проникновения в полость и аспирации содержимого выполняют ревизию полости тупфером. Через раневой канал под удаляют плотный тканевой детрит. После полного удаления содержимого, подтвержденного УЗИ-исследованием, производят установку дренажа крупного диаметра в полость жидкостного образования, дренаж фиксируют к коже. Вся операция выполняется стандартным набором хирургических инструментов. С января 2011 года по октябрь 2014 года метод постепенно внедрялся в практику работы хирургических отделений. За это время по предложенной методике было прооперировано 40 пациентов с внутрибрюшинными и жидкостными скоплениями. Полученные результаты. Выполненное вмешательство по данной методике явилось окончательным у 38 пациентов (95%). У одного пациента с абсцессом хвоста поджелудочной железы потребовалось выполнение повторного дренирования гнойной полости из минидоступа вследствие её недостаточного опорожнения и дренирования при первой операции. Это связано с отсутствием динамической визуализации эффективности опорожнения во время операции, когда оперативное вмешательство было выполнено лишь на основе имеющихся данных УЗИ. У второго пациента с инфицированной кистой тела поджелудочной железы на 5-е сутки после операции возникло аррозивное кровотечение из стенок кисты. В экстренном порядке выполнена ревизия полости с тугой тампонадой марлевым тампоном, назначена гемостатическая терапия. Объем доступа позволил выполнить ревизию без расширения раны. Заключение. 1)Дренирование из миниинвазивного доступа более эффективно по сравнению с пункционным дренированием под контролем ультразвука. 2)Ультразвуковой контроль обязателен на всех этапах оперативного вмешательства. 3)Возможность полноценной инструментальной ревизии и малая травматичность сочетают в методе лучшие стороны пункционного дренирования и открытой операции.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

125.ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУБРИВРЮШНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Сапронов П.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России

Эндовидеохирургия продемонстрировала свою эффективность и безопасность при лечении целого ряда злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. До настоящего времени остается дискуссионной роль лапароскопических вмешательств при раке желудка (РЖ). В ходе ограниченного количества проспективных рандомизированных исследований было показано, что данный вариант хирургического лечения больных ранними стадиями РЖ отличается меньшей хирургической травмой и лучшим качеством жизни в послеоперационном периоде при идентичных показателях отдаленной выживаемости. Однако в России и странах Запада гораздо чаще встречаются местнораспространенные формы РЖ, при которых доказательная база безопасности и онкологической эффективности малоинвазивной хирургии остается неубедительной. Целью настоящего исследования явилась оценка безопасности и радикальности видеоассистированных вмешательств при раке желудка. С 2010 по 2014 годы радикальные эндовидеохирургические вмешательства при РЖ выполнены у 63 пациентов. Устойчивый алгоритм и этапы операции были отработаны к 18-му оперативному вмешательству. В анализируемую группу включено 45 пациентов, оперированных в хирургическом отделении абдоминальной онкологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Частота конверсии на всю группу оперированных больных составила 22,4%. При этом стоит отметить, что после формирования оригинальной методики и выхода на плато кривой обучения удалось снизить частоту конверсии до 13,3% (6 больных). Причинами конверсии в 3 случаях были неконтролируемые кровотечения, в 2 случаях – технические трудности при формировании интракорпорального эзофагоэнтероанастомоза и в 1 случае – инвазия опухоли желудка в головку поджелудочной железы. Таким образом, запланированный объем вмешательства выполнен у 39 пациентов. Видеоассистированная гастрэктомия произведена у 10 больных, видеоассистированная дистальная субтотальная резекция желудка – у 29. 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. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 150 до 420 мин (231 ± 55 мин), объем интраоперационной кровопотери – 115 ± 77 мл. D2 лимфодиссекция произведена у 37 больных, D1+ – в 2 случаях. Среднее число удаленных регионарных ЛУ составило $26,8 \pm 11,7$. В послеоперационном периоде осложнения диагностированы у 5 пациентов (частичная несостоятельность швов эзофагоэнтероанастомоза – в одном случае, внутрибрюшное кровотечение в раннем

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационном периоде – в одном случае, в двух случаях отмечены анастомозиты и в одном случае диагностирована нозокомиальная пневмония). Перистальтика кишечника восстановилась к исходу вторых суток у 31 пациента, на третьи сутки – у 8. В ходе данного исследования разработана оригинальная методика внутрибрюшной лимфодиссекции в объеме D2, позволяющая однотипно выполнять вмешательство в каждом случае. В исследовании продемонстрирована техническая возможность, безопасность и адекватность лимфодиссекции при выполнении радикальных эндовидеохирургических вмешательств у больных раком желудка, однако небольшое количество наблюдений диктует необходимость продолжения исследований.

126. Место лапароскопии в диагностике острой кишечной непроходимости.

Сibaев В.М., Сагитов Р.Б., Хисамутдинова Р.И.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России.

В последние годы заметно возросли требования к хирургии, ее модернизации, что связано прежде всего с внедрением миниинвазивных и высокотехнологичных операций. В свою очередь, это определяет повышение требований хирургии к информативности и оперативности инструментальных методов диагностики, особенно в экстренной абдоминальной хирургии. Цель исследования: сравнить информативную ценность различных инструментальных методов исследования при острой кишечной непроходимости. Материал и методы исследования: Проведено исследование 84 больных, поступивших в БСМП г.Уфы за 2010- 2012 гг. с подозрением на острую кишечную непроходимость. Из них женщин-52, мужчин-32, возраст 26-86 лет, сроки заболевания составили от 5 час. до 1, 5 мес. В качестве инструментальных методов исследования использовались: рентгенологические методы (обзорная рентгенография брюшной полости, в том числе с контролем за пассажем бария), КТ и МРТ, УЗИ, ректороманоскопия и колоноскопия, лапароскопия. Обсуждение. Наиболее распространенным, простым, неинвазивным методом диагностики ОКН является обзорная рентгенография брюшной полости, особенно с пробой П.Н. Напалкова, которая четко указывает признаки непроходимости и при отсутствии продвижения бария- устанавливает показания к операции. Поэтому данное исследование по информативности

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

можно отнести к идеальным, оговаривая, что оно устанавливает лишь факт кишечной непроходимости и необходимость операции, при этом достоверно определить генез непроходимости, ее уровень, соответственно, доступ и объем операции не представляется возможным. Было выполнено 61 общая рентгенограмма ОБП, из них 12- с пассажем бария. Во всех этих случаях обнаружены чаши Клойбера и задержка пассажа бария. УЗИ в данной группе больных выполнено всем. Ошибочные заключения, когда даже косвенные признаки непроходимости не были замечены составили 21 исследование (26,8%). Косвенные признаки кишечной непроходимости без уточнения причины ее в виде пневматизации кишки, синдрома кишечной недостаточности 1-2 ст. установлены в 58 случаях (70,8%). И в 2 (2,4%) случаях установлена точная причина непроходимости- наличие опухоли толстой кишки. В исследуемой группе больных КТ и МРТ проведено у 10 человек. Правильное заключение установлено у 8 пациентов (80%), из них косвенные признаки ОКН обнаружены у 2 больных, у остальных 6- заключение точно установило наличие опухоли толстой кишки с явлениями толстокишечной непроходимости. У 2 (20%) больных заключение КТ исследования было полностью ошибочным- не были диагностированы опухоли сигмовидной и прямой кишок. Отнести данные КТ и МРТ исследований к какой-то группе симптомов сложно, ввиду малого количества наблюдений у больных с ОКН по указанным выше причинам. колоноскопия и ректороманоскопия проведены 18 больным. В 2 случаях (11,1%) опухоль ободочной кишки была пропущена, в остальных 16 случаях (88,9%) заключение установлено точно. Причиной непроходимости явилась обтурирующая опухоль толстой кишки различной топике. Данные ректороманоскопии и колоноскопии без сомнения можно отнести к идеальной симптоматике. При качественной подготовке кишечника, когда позволяет время и состояние больного колоноскопия идеально устанавливает причину непроходимости-опухоль, степень обтурации (в определенной степени влияющую на хирургическую тактику и объем вмешательства) и пораженный отдел толстой кишки, т.е. уровень непроходимости, определяющий вид хирургического доступа. В 44 (53,6%) случаях для уточнения диагноза была проведена лапароскопия, которая широко применяется при данной патологии за рубежом и у нас в стране и которая может в большом количестве случаев стать лечебной лапароскопической операцией [5,7]. У 42 (51,2%) больных была обнаружена картина спаечной тонкокишечной непроходимости, в 1 случае обтурационная непроходимость была вызвана безоаром тонкой кишки. Еще в одном случае причиной тонкокишечной непроходимости стала болезнь Крона подвздошного отдела. У 23 человек была диагностирована опухоль толстой кишки с обтурацией просвета и картиной толстокишечной непроходимости. Все лапароскопические заключения были подтверждены при выполнении лапаротомии. Таким образом, информативность лапароскопии составила 100%, а лапароскопические симптомы того или иного вида кишечной непроходимости можно отнести к идеальным. Всем больным исследуемой группы была выполнена обоснованная лапаротомия, причем в 32 (39%) случаях показанием к лапаротомии послужили данные обще-клинического, лабораторного, рентгенологического и ультразвукового исследования. Однако, в этих случаях показанием к немедленной операции служили лишь явления острой кишечной непроходимости, доказанные вышеперечисленными методами исследования, но без четкого

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

представления о причине непроходимости и ее уровне, что заставляло хирургов ориентироваться в ситуации на месте и здесь же коррегировать доступ и объем хирургического вмешательства. Статистическая обработка данного исследования выявила следующие результаты: рентгенологическое исследование: чувствительность 85%, точность метода 54%, прогностическая ценность положительного результата 85%; УЗИ ОБП: чувствительность 70%, точность метода 70%, прогностическая ценность положительного результата 71%; Колоноскопия: Чувствительность 75%, точность метода 15%, прогностическая ценность положительного результата 75%; КТ: Чувствительность 80%, точность метода 9%, прогностическая ценность положительного результата 80%; Лапароскопия: чувствительность 100%, точность метода 46%, прогностическая ценность положительного результата 100% Лапаротомия: Чувствительность 100%, точность метода 100%, прогностическая ценность положительного результата 100% Выводы: 1. Наличие в арсенале хирургов современных высокоточных инструментальных методов исследования больных с острой кишечной непроходимостью не должно исключать обязательного общеклинического, лабораторного, простых рентгенологических методов, которые, по нашим данным, всегда могут определить катастрофу в животе и показания к лапаротомии. 2. Наиболее информативным (100%) методом инструментального исследования является лапароскопия, позволяющая определить наличие самой непроходимости, причину ее возникновения, ее уровень, вид необходимого доступа. Однако к ее недостаткам как к методу исследования следует отнести инвазивность (следовательно, и вероятность возникновения различных осложнений) и некоторую ограниченность в применении (сильное вздутие живота, множественные послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке). 3. При толстокишечной непроходимости идеальным инструментальным методом также можно считать ректороманоскопию и колоноскопию, однако условием для успешного проведения данных исследований является хорошая подготовка кишки, что не всегда выполнимо в экстренных случаях. 4. По нашим данным, наименьшей информативной ценностью при ОКН явились КТ и МРТ, без которых в большинстве случаев можно обойтись.

127. Наш опыт однопортовых операций в хирургии органов брюшной полости.

Тимербулатов В.М. (1), Сагитов Р.Б.(1,2), Сибеев В.М. (1), Гарипов Р.М. (1)

Уфа

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (1), ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи» г.Уфа (2)

Одним из путей развития миниинвазивной хирургии являются однопортовые операции. Стремление снизить травматичность доступа, сохранение косметичности привело к появлению данного вида миниинвазивных вмешательств. В настоящее время, в разных странах накоплен опыт десятков тысяч операций из единого доступа для лечения различных абдоминальных заболеваний. J Sampson et all (2013) провели сравнительный анализ 120 однопортовых и 120 лапароскопических операций. Процент интраоперационных осложнений при однопортовой операции и время выполнения были выше чем при лапароскопической холецистэктомии, но среднее время пребывания в стационаре было меньше в два раза. Анализ 133 однопортовых операций проведенный T. Takagi et all (2013) показал, что в 5,6% случаев требуется установка дополнительного троакара, а полноценная конверсия на лапароскопическую холецистэктомию составила 2,25%. S Ihne, et all (2013) провели анализ 232 герниопластик из единого доступа при паховой грыже. Установка дополнительного троакара потребовалась в 4 случаях, у 18 - установка дополнительного второго троакара. Интраоперационные осложнения - 0, послеоперационные осложнения- 2,4%. Удовлетворенность результатом операции 1,6±0,65. По данным T.Nagahama (2013) при анализе 53 однопортовых герниопластик заключил, что техника оперирования требует продвинутых мануальных навыков оперирования; время операции больше, чем при открытой методике; целесообразно применение при двухсторонних грыжах. W. Brunner et all (2013) при анализе 19 операций при вентральной грыже заключили, что установка единого порта осуществляется открытым способом, поэтому в отличие от лапароскопической герниопластики вентральных грыж нет троакарных повреждений. KY How, QM Leong (2013) предложили использовать однопортовый доступ для ревизии брюшной полости и для переноса илеостомы при её дисфункции. К.В. Пучков Москва (2013) на опыте 50 симультанных операций в хирургии и гинекологии заключил, что техника единого порта дает возможность извлечения органа без его морцеляции; трудности возникают при больших размерах органа, при неподвижных органах; однопортовые операции не должны выполняться начинающими хирургами; однопортовые операции хорошо подходят для симультанных операций в хирургии и гинекологии. Д.Н. Панченков с соавт. (2013) на опыте 59 однопортовых холецистэктомий, резекций кист печени, почек, овариэктомий заключили, что однопортовые операции характеризуются хорошим косметическим эффектом, быстрой реабилитацией и низким болевым синдроме в послеоперационном периоде. Недостатком является сложная методика оперирования. Nashida et all (2013) на анализе 75 аппендэктомий из единого доступа заключили, что методика операции не исключает ошибки диагностики катарального аппендицита (1 случай) и больше подходит для гангренозных червеобразных отростков. Чернявский С.С. с соавт. (2013) сообщили о 5 однопортовых операциях при перфоративной дуоденальной язве, при этом в 3 случаях потребовалась установка дополнительного троакара. Martinez De La Maza et all. провели

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

изучение динамики развития однопортовых операций в Барселоне на основе анализа 341 операции за период с 2009 по 2011 годы. Данный анализ показал снижение выполнения однопортовых экстренных операций (аппендэктомий) с уровня более 100 операций в 2009 году до единичных в 2011 году и увеличение числа плановых (холецистэктомия, адrenaлэктомия) с единичных в 2009 до уровня 40-60 операций в 2011 году. Клинический материал составили 24 однопортовых операции, выполненных в ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа за период с 2010-2014 гг. 18 однопортовых аднексэктомий при опухолях придатков матки, 6 однопортовых резекций кист почек. Возраст от 34 до 67 лет. Женщин - 23 (96%), мужчин - 1 (4%). Все операции выполнены набором инструментов Covidien; 14 операций выполнено по полюсам ДМС; 6 операций по ВМП. Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ 18 однопортовых и 161 лапароскопических аднексэктомия показал большее среднее время однопортовой операции 50 ± 12 мин, против 27 ± 7 мин лапароскопической аднексэктомии. В 3 (16,6%) однопортовая операция была симультанной с герниопластикой пупочной грыжи. В 1 случае была конверсия на лапароскопическую операцию в связи с изменением диагноза и расширения объема операции до ампутации матки с придатками. Болевой синдром после однопортовой операции был больше 1-3 балла против 0-2 при лапароскопической операции. Достоинством явилась возможность извлечения удаленной опухоли придатков без морцелляции. Однопортовая резекция кисты почки была выполнена 6 больным, симультанная однопортовая резекция кисты почки с герниопластикой пупочной грыжи - 1. Сравнительный анализ 6 однопортовых и 58 лапароскопических операций показал, что время операции было выше 65 ± 15 мин, против 45 ± 10 при лапароскопической. Установка 1 дополнительного порта потребовалась во всех случаях. Конверсий, осложнений не было. Болевой синдром в баллах также был выше 1-3 при однопортовой, против 0-1 при лапароскопической резекции кисты почки. Наш опыт показал, что продолжительность однопортовых операций больше, чем лапароскопических и связана с осуществлением и закрытием доступа. Из 24 оперированных больных, у 8 (33%) была избыточная масса тела. Безопасность доступа была при однопортовой операции выше, так как доступ всегда осуществляется открытым способом. У 4 (16,6%) была симультанная операция с герниопластикой пупочной грыжи. В 1 (4,1%) случае потребовалась конверсия на «обычную» лапароскопическую операцию в связи с изменением диагноза и расширения объема операции. Изменяются традиционные критерии эндохирургического доступа. Все инструменты, включая оптику направлены к зоне операционного действия из одной точки (порта), что приводит к неизбежному «фехтованию» инструментов и оптики, даже при использовании изогнутых или изгибаемых инструментов. Однопортовые операции не предполагают установку дренажей. Заключение. Достоинствами однопортовых операций являются миниинвазивность и высокая косметичность операции; выполнение операций с малым и средним хирургическим объемом; установка порта осуществляется открытым способом – что предотвращает троакарные повреждения; операции у больных избыточной массой тела; извлечение органа без морцелляции; возможность применения ручной шовной техники экстракорпорально; конверсия осуществляется путем установки двух и более троакаров и операция становится

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароскопической; симультанная операция с пупочной грыжей; симультанные операции смежных органов; возможно выполнение в рамках ВМП или по ДМС. Недостатками являются высокая стоимость порта, инструментов; операция экономически недоступна по ОМС; изменены традиционные критерии эндохирургического доступа; операции с большим хирургическим объемом нецелесообразны, ограничение по дренированию брюшной полости; требуют наличия опыта и развитых мануальных навыков в эндохирургии.

128. Возможности диагностической лапароскопии в дифференциальной диагностике острого аппендицита

Дадобоев А.А., Булгакова О.В., Сачкова Г.С., Кудряшов Д.Н.

Кашин, Тверская область

ГБУЗ "Кашинская ЦРБ"

Цель исследования – оценить возможности лапароскопии в дифференциальной диагностике и лечении больных с острым аппендицитом (ОА). На вопрос о сложности диагностики острого аппендицита большинство врачей ответит, что особенных затруднений в ней нет. Это часто встречающееся во врачебной практике заболевание, по своим характерным симптомам, обычно позволяет без особых затруднений поставить диагноз. Диагностика острого аппендицита на госпитальном этапе, казалось бы не должна вызывать никаких затруднений потому, что в этой области любой врач имеет значительный опыт. Кроме того, имеется возможность более тщательно обследовать больного услугами лаборатории, консультироваться с опытными товарищами (Ротков И.Л. Москва 1980). Однако клиническая картина острого аппендицита многообразна и может протекать под маской множества других острых хирургических заболеваний (Кононов А.Г. 1989). Трудности при диагностике острого аппендицита возникают у следующих пациентов: у женщин молодого возраста за счет гинекологических заболеваний и у больных пожилого возраста за счет снижения реактивности организма. Ошибки в диагностике острого аппендицита составляют в среднем 15-45% (Колесов 1974; Мазченко 1983; Озеров В.Ф, Левковский 1989). В связи с этим для диагностики в настоящее время широко применяется лапароскопия, которая является наиболее достоверным методом. Её информативность при данной патологии составляет 95-99% (Березов Ю.Е. и соавт 1979; Дятлов М.Ю. 1980; Васильев Р.Х. 1988; Morcos R и соавт). С применением в практике лапароскопии в условиях районной больницы значительно

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

улучшилось качество дифференциальной диагностики острого аппендицита и заболеваний, у которых клиническая картина может симулировать острый аппендицит. Точность данных метода лапароскопии при подозрении на острый аппендицит составила 99.5%. Это позволило: 1) уменьшить дооперационные сроки диагностики острого аппендицита; 2) выбрать оптимальный доступ на передней брюшной стенке по месту расположения аппендикулярного отростка; 3) избежать ненужного оперативного вмешательства. Материал и методы: Таким образом, в районной больнице за 2009-2013гг. при подозрении на острый аппендицит проведены 320 лапароскопии под внутривенным обезболиванием. Из 320 (100%) пациентов по результатам лапароскопии у 250 (78%) пациентов диагноз ОА был подтвержден. Из 250 больных: мужчин было 135 (56%) больных, женщин было 115 (44%) больных. При диагностической лапароскопии у 45 (14,6%) пациентов патологии в брюшной полости не обнаружено. В 25(7,8%) случаях выявлены различные патологии, это воспалительные изменения придатков матки (сальпингит, сальпингоофориты, перекрут кисты яичника справа). Часто встречался маточно-перитонеальный рефлюкс – 8 (32%) случаев, апоплексия яичника – 5 (20%) случаев, перекрут кисты яичника справа – 5 (20%) случаев, аппендикулярный инфильтрат – 2 (8%) случая, острый панкреатит – 2 (8%) случая, острый холецистит – 3 (12%) случая. Острый аппендицит очень часто симулирует гинекологическая патология более 72% случаев. У 14,6% пациентов патологии не было обнаружено. Вывод: Активное использование эндовидео-хирургических технологий в диагностике абдоминальной патологии с неясной или полярной симптоматикой исключает диагностические ошибки и позволяет выбрать рациональную тактику оперативного лечения и от ненужного оперативного вмешательства.

129. Послеоперационное эндоскопическое видеомониторирование абдоминально-ишемического синдрома и тромбоза мезентериальных сосудов.

Тимербулатов В.М.(1), Уразбахтин И.М.(1), Сагитов Р.Б.(1,2), Тимербулатов Ш.В.(1,2), Фаязов Р.Р.(1,2), Асманов Д.И.(2)

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России (1), ГБУЗ РБ "Больница скорой медицинской помощи" Уфа(2)

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

По данным Федорова В.Д., Савельева В.С. и др. в 60-70 годы прошлого века летальность при остром нарушении мезентериального кровообращения составляла 85—100%. По данным современных исследователей составляет 85-90%. Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с острым абдоминально ишемическим синдромом и тромбозом мезентериальных сосудов путем применения эндоскопических методик диагностики. Клинический материал составили 54 больных за период 2010-2012 в БСМП г.Уфы. Распределение по возрасту – от 45 до 91 лет, средний возраст 72 года. Нами разработан лечебно-диагностический алгоритм при АИС и МТ, включающий в себя сбор анамнеза, обще-клинические и инструментальные методы. При УЗД оценивалась степень СКН. Определяли лактат крови и уровень внутрибрюшного давления как косвенные признаки АИС и МТ. КТ-ангиография или селективная ангиография являлись специфическими методами диагностики. При развитии тромбоза мезентериальных сосудов целью диагностической лапароскопии было определение распространенности некроза- сегментарный, тотальный. В случаях сегментарного тромбоза и некроза кишки выполняется лапаротомия, резекция и последующая установка микровидеокамеры для послеоперационного мониторинга. В случаях тотальной гангрены кишки операция ограничивалась диагностической лапароскопией. На микровидеокамеру получен патент. Устройство представляет собой гибкую трубку из медицинского силикона, на рабочем конце которой размещена миниатюрная видеокамера со светодиодным источником света. В послеоперационном периоде получают цветное изображение области брюшной полости, в которой установлена головка видеоскопического зонда. Эндоскопическое послеоперационное мониторирование выполнено 23 больным – 16 с АИС и 7 больным с МТ. Результаты. Разработанная нами методика послеоперационного мониторинга при АИС из 16 наблюдений у 15 больных показала положительную динамику от консервативной терапии. Эндоскопические критерии оценки положительной динамики: бледно- розовый и розовый цвет кишки; скудный прозрачный серозный выпот; наличие перистальтики; петли кишки не расширены. Микровидеокамера удалялась на 2-3 сутки после операции. В 1 случае были выявлены признаки развития МТ – по появлению геморрагического выпота и наличию петехиальных геморрагий на серозной оболочке кишки, бледно-серому цвету, больному была выполнена лапаротомия. Эндоскопические критерии оценки отрицательной динамики: бледно- серый и серый цвет кишки, появление очагов некроза серо-черного цвета, петехиальные геморрагии на серозной оболочки кишки; геморрагический выпот, свободный фибрин; отсутствие перистальтики; расширенные петли кишки. После резекций кишки при МТ из 7 наблюдений у 5 определена положительная динамика, отсутствие развития продолженного тромбоза, двум больным мониторинг не удалось провести, так как больные умерли в первые, вторые сутки из-за тяжести соматического состояния. Общая летальность в среднем за три года составила 57%. Выводы: Послеоперационное эндоскопическое мониторирование острого АИС и МТ позволило в ранние сроки визуально оценивать динамику заболевания и развитие осложнений и избежать необоснованной повторной операции.

130. СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ БОЛЬНЫХ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

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 жёлчнокаменной болезнью (19 женщин и 6 мужчин). Средний возраст пациентов составил 58,1±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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 saniрующий 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 дополнительными 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 психоэмоциональным 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.

131.ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА ПРИ ВИДЕОАССИТИРОВАННОМ УШИВАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Чернявский С.С.(1), Фаев А.А.(1,2), Баранов А.И.(2), Мугатасимов И.Г.(3)

Новокузнецк

1)МБЛПУ ГКБ № 292)ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ 3)МБЛПУ ГКБ № 1

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Совершенствование и расширение спектра методик малоинвазивного хирургического лечения при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) являются актуальными и востребованными задачами современной хирургии. Цель исследования: обосновать использование системы монодоступа при видеоассистированном ушивании (ВАУ) перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы исследования. В анатомическом исследовании на 38 нефиксированных трупах разного типа телосложения измеряли параметры единого лапароскопического доступа (ЕЛД), расположенного в правом подреберье и удаленность от него до поддиафрагмальных и подвздошных областей с обеих сторон, дугласова пространства. На основании данных анатомического исследования была разработана методика ВАУ ПЯ ДПК из системы монодоступа, по которой оперированы 25 человек. Данная методика заключается в постановке порта монодоступа в правом подреберье, санацией и дренирование брюшной полости. Затем порт монодоступа извлекается, и перфорация ушивается из этого минидоступа. Результаты исследования и их обсуждение. В анатомическом исследовании установлено, что трансректальный минидоступ справа длиной 3 см в большинстве случаев обладает субоптимальными параметрами свободы хирургических манипуляций на передней стенке ДПК. А из системы монодоступа, установленной в правом подреберье, возможна адекватная санация брюшной полости эндоинструментами стандартной длины. Средняя длительность операции составила $44,9 \pm 3,4$ минут, койко-день $5,9 \pm 0,3$, уровень послеоперационного болевого синдрома по 10 бальной визуально-аналоговой шкале $3,2 \pm 0,4$ балла, длина основного доступа $3,3 \pm 0,1$ см. Индекс массы тела (ИМТ) пациентов колебался от 18,3 до 26,6 (в среднем $22,4 \pm 0,4$) $\text{кг}/\text{м}^2$. Осложнений, конверсий, расширений доступа не было. Выводы. В анатомическом исследовании доказана возможность адекватной санации брюшной полости из системы монодоступа, установленной в правом подреберье, используя стандартные эндоинструменты. Методика видеоассистированного ушивания ПЯ ДПК из системы монодоступа является выполнимой и безопасной операцией у пациентов с ИМТ до $26,6 \text{ кг}/\text{м}^2$.

132. Опыт использования видеоассистированного доступа с «рукой помощи» в абдоминальной хирургии.

Куркин А.В.(1), Эктов В.Н.(1), Ефимкин А.С.(2), Филипцов А.В.(1), Соколов А.Н.(1)

1) Воронеж, 2) Москва

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1)БУЗ ВО ВОКБ №1, ВГМА им. Н.Н. Бурденко,2)ФГБУ ФНЦ Трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова

Концепция лапароскопического хирургического доступа с ручной ассистенцией (HALS – hand-assisted laparoscopic surgery), как раздел видеоассистированной хирургии, была предложена в начале 90-х г.г. (Leahy PF, Bannenberg JH, Meijer DW 1994) и сыграла заметную роль в становлении малоинвазивных технологий. Использование ручной ассистенции в сравнении со стандартной видеолапароскопией имеет ряд преимуществ и недостатков. Основными преимуществами HALS-операций являются: возможность менее травматичной пальцевой диссекции тканей, более удобной ретракции органов в разных плоскостях, контроля пульсации крупных сосудов и временного пальцевого гемостаза при их повреждениях, а также извлечения из брюшной полости крупных удаленных органов, их комплексов без фрагментации. Материалы и методы. За период 2012-2014 г.г. в общехирургическом отделении нами выполнено 30 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) 3 нефрэктомии слева по поводу различных заболеваний; 3) 1 эксплантация почки у живого донора для родственной трансплантации в исполнении специалиста ФГБУ ФНЦ Трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова; 4) 8 левосторонних адреналэктомии по поводу больших новообразований (от 8 до 12 см); 5) 5 спленэктомий (размеры удаленных органов до 25 см); 6) 8 операций по поводу доброкачественных новообразований тела и хвоста поджелудочной железы до 12 см (тератома, цистаденомы, муцинозные кисты), из них: - 2 операции энуклеации парапанкреатических кист; - 3 удаления кисты с резекцией хвоста поджелудочной железы (2 со спленэктомией); - 2 дистальных резекции (тела-хвоста) поджелудочной железы (1 со спленэктомией); - 1 эксплоративная операция (в случае распространения доброкачественной опухоли тела железы на головку органа и вращение в крупные сосуды). 7) 2 проктологических операции (резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколонэктомия). Все новообразования были верифицированы до операции посредством пункционной биопсии или при колоноскопии. В 4-х случаях выявлены злокачественные опухоли (рак ободочной кишки - 2, гипернефрома, рак коры надпочечника). У одного пациента диагноз феохромобластомы установлен только после исследования препарата удаленного органа. При операциях на желчевыводящих путях кисть недоминантной руки хирурга (левой) вводили в правом подреберье между средней и передней подмышечной линиями. Для вмешательств на левой половине ободочной кишки ассистирующая кисть вводилась в нижней трети белой линии живота. Во всех случаях операций на органах верхнего левого квадранта живота минилапаротомию для «руки помощи» производили в субксифоидальной области превентивно, 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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

хэндпорт, у остальных больных кисть вводилась без дополнительных приспособлений с марлевой «манжетой» на запястье. Результаты: В двух случаях потребовалась конверсия в результате профузного артериального кровотечения (из разрыва лигированной почечной артерии с переходом на стенку аорты в зоне атеросклеротической бляшки, а также - повреждения селезенки при грубом перисплените). У одного пациента наблюдалось кровотечение в раннем послеоперационном периоде из культи поджелудочной железы обработанной эндоскопическим сшивающим аппаратом, 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 ручной 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 субксифоидальной 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.

133. Возможности использования эндобилиарного стентирования при злокачественных обструкциях желчевыводящих путей.

В.Н. Эктов, А.В. Куркин, А.Н. Соколов, Ю.Ю. Мельников, Филипцова Л.А.

Воронеж

БУЗ ВО ВОКБ №1, ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Лечение злокачественных обструкций желчевыводящей системы на разных ее уровнях - актуальная проблема современной хирургии. Поздняя обращаемость пациентов со злокачественными новообразованиями билиопанкреатодуоденальной зоны, распространенность процесса, наличие желтухи и холангита, пожилой возраст и сопутствующая патология приводят к невозможности радикального хирургического лечения большинства этих больных. По данным разных авторов, только в 10 % случаев возможны радикальные операции, совсем немного из них

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

переживают 5-летний срок, при этом ни ближайшие, ни отдаленные результаты паллиативных вмешательств не могут удовлетворить хирургов. В связи с этим привлекают внимание разрабатываемые в последнее время малоинвазивные методы восстановления естественного желчевыведения с помощью эндобилиарного протезирования (стентирования). Эндобилиарное стентирование применяли для паллиативного лечения полной и частичной обструкции желчных протоков опухолевой этиологии, сопровождающейся развитием механической желтухи и последующих осложнений. В большинстве случаев билиарные стенты устанавливали в два этапа. Вначале, под местной анестезией производили пункционную декомпрессию желчевыводящих путей (ЖВП) с помощью наружного дренажа под контролем УЗИ. Затем выполняли антеградную фистулохолангиографию для выяснения характера и протяженности обструкции. Оценка результатов холангиографии позволяла правильно выбрать конфигурацию устанавливаемого стента, чтобы полностью покрыть протяженность пораженного сегмента. Опухоли ворот печени в некоторых случаях потребовали стентирования до желчных ветвей второго порядка. Вторым этапом, через 3-10 дней после холангиостомии у больных со злокачественной обструкцией ЖВП, под местной или внутривенной анестезией производили антеградное протезирование саморасширяющимися проволочными стентами с флюороскопическим контролем (длиной 60-100 мм, диаметром 8-10 мм). Манипуляцию заканчивали повторной установкой наружного билиарного катетера (проксимальнее стента) на срок 3-5 дней с профилактической и страховочной целью. В периоперационном периоде и на следующий день проводили рентгенологический или эндоскопический контроль правильности стояния и диаметра раскрытия устройства. При отсутствии возможных ранних осложнений страховочный катетер удалялся. В раннем периоде после установки стента химио- и лучевую терапию не проводили из-за риска миграции устройства или кровотечения в результате сморщивания опухоли. При доброкачественных обструкциях или при отсутствии верификации злокачественного поражения ЖВП на фоне высоких показателей или прогрессирования механической желтухи отдавали предпочтение двухэтапной установке наружновнутренних пластиковых дренажей, которые допускают возможность контроля положения, проходимости и замены за счет конца, выходящего над поверхностью кожи. При отсутствии тяжелой механической желтухи и недостаточной билиарной гипертензией, как правило, у больных с неполным блоком ЖВП ниже ворот печени производили одноэтапное ретроградное стентирование дуоденоскопическим доступом. Таким образом, с 2012 по 2014 гг. эндобилиарное стентирование применено у 102 пациентов по поводу обструктивных неоперабельных опухолей головки поджелудочной железы (54), внепеченочных желчных протоков (12), опухоли Клатскина (4), метастатического поражения печени (14), рубцовых стриктур ЖВП (18). Возраст больных находился в пределах 44-87 лет ($62 \pm 4,2$ года), мужчин 76 (74,5%), женщин 26. Из них: - 32 больным проволочные стенты доставлены антеградно вторым этапом после холангиостомии (в т.ч. 3 пациентам установлено по 2 стента последовательно по методике «stent-in-stent»; - 4 пациентам стентирование осуществлено в один этап с холангиостомией; - 59 больным применено наружновнутреннее дренирование (двум из них после верификации

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

злокачественного процесса в последующем установлены нитиноловые стенты); - 6 больным выполнено эндоскопическое ретроградное протезирование ЖВП (одному пациенту два металлических стента установлены последовательно); - 1 пациенту с имеющейся холангиостомой использована методика «рандеву» с одновременной эндоскопической и флюороскопической навигацией. Результаты. При отсутствии необходимости наркотического обезболивания по поводу основного заболевания оперированные пациенты не потребовали его и после вмешательства, все были госпитализированы в общую палату. У 15% больных отмечалась фебрильная лихорадка в течение 1-3 суток. В 6 случаях антеградное стентирование не удалось с первой попытки (4-м из них в дальнейшем стент был установлен). В 2-х случаях отмечено кровотечение из холангиостомы, остановленное консервативно, при этом у одного из больных стент пришлось извлечь дуоденоскопическим доступом. В 3-х случаях отмечено развитие острого отечного панкреатита, что потребовало консервативного лечения. Летальных исходов и нарастания желтухи не отмечено. Страховочный холангиостомический дренаж удален в сроки от 2 до 6 суток после стентирования. 41 пациент наблюдался в сроки от 3-х до 27 мес: 22 умерли от прогрессирования основного заболевания, из них у 18 рецидива желтухи не отмечалось. Двум потребовалось рестентирование «stent-in-stent» через 6 и 8 мес в результате продолженного роста опухоли. Пластиковые наружновнутренние дренажи подвергались замене через 3-6 мес до 12 раз. Выводы. 1. Эндобилиарное стентирование существенно продляет жизнь неоперабельным больным с опухолями панкреатобилиарной зоны и улучшает качество их жизни. 2. Эндобилиарное протезирование более безопасно, чем лапаротомное наложение билиодигестивных анастомозов, а в случаях высокого поражения ЖВП является безальтернативной методикой. 3. Лучшие результаты наблюдаются при установке саморасширяющихся металлических устройств в результате большего диаметра, лучшей проходимости, увеличенного срока службы, возможности установки в один этап, по сравнению с пластиковыми системами, однако, они не подлежат замене и имеют более высокую стоимость. 4. У пациентов с неверифицированным злокачественным поражением ЖВП методом выбора восстановления желчного пассажа могут служить пластиковые заменяемые стенты.

134. ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ ТРАДИЦИОННОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ЭКТОВ В.Н., КУРКИН А.В., ЛАБЛЮК П.Ф. СОКОЛОВ А.Н., МЕЛЬНИКОВ Ю.Ю., БУЛЫНИН В.В.

Воронеж

БУЗ ВО ВОКБ №1, ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Локальное термическое разрушение очаговых новообразований может быть использовано как по поводу доброкачественных, так и злокачественных опухолей внутренних органов различных локализаций. Технология выполнима как во время традиционных «открытых», лапароскопических вмешательств, так и пункционным чрескожным доступом под контролем ультразвука или компьютерной томографии. В некоторых случаях для радиочастотной абляции (РЧА) оправдано применение сочетанной навигации. Материалы и методы. РЧА как один из методов комбинированного лечения опухолей внутренних органов применяется в Воронежской ОКБ №1 с 2012 года. За этот период метод использовали у 52 пациентов под ультразвуковой навигацией. Для проведения РЧА применяли генератор фирмы «Valleylab» и одиночные или кластерные игольчатые электроды «Cool-Tip» длиной 15-25 см с рабочей частью 2,0 - 3,0 см. Для ультразвукового контроля (УЗИ) использовали сканеры «В & К» типа «Pro Focus». В трех случаях РЧА небольших очагов печени произвели в условиях операционной полностью под местной анестезией. У остальных больных применили внутривенный наркоз на самостоятельном дыхании пациента. Причем, для сокращения времени наркоза и управления дыханием этап навигации и пункции очага в 75% случаев проводили так же под местной анестезией, а непосредственно РЧ-воздействие под внутривенной анестезией. Средняя продолжительность операции $32 \pm 7,2$ мин. Сочетание лапароскопической навигации и УЗИ использовалось только при новообразованиях печени размерами более 5 см, выстоящих над капсулой в зоне возможной пункции, либо соприкасающихся с соседними полыми органами (желудок, петли кишечника). Лапароскопический доступ позволял перемещать печень для введения электрода в разных плоскостях с целью РЧА нескольких зон крупного очага и создавать газовый зазор в зоне контакта с полыми органами. Во время традиционных операций РЧА применялся как вспомогательный метод для обработки очагов, не удаленных в результате анатомической резекции (печени). У больных с очагами в забрюшинном пространстве в 2х случаях потребовалось перед РЧА создать «подушку безопасности» пункционным введением физиологического раствора между очагом и стенкой забрюшинного отдела ободочной кишки. Проведение электрода осуществляли, избегая совпадения траектории введения с крупными сосудистыми структурами. При размерах опухоли более 40 мм выполняли РЧА из нескольких точек воздействия, при этом первоначально пунктировали наиболее удаленный полюс образования, с последующим извлечением электрода в поверхностную часть опухоли, либо в зону источника ее кровоснабжения. Операцию завершали коагуляцией пункционного канала с целью предотвращения имплантационного метастазирования и достижения гемостаза. Критерием для завершения процедуры являлось образование гиперэхогенной зоны индуцированных изменений, сопоставимой с размерами опухоли по данным

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

интраоперационного исследования. Оценку локального эффекта производили при помощи различных методик контроля: УЗИ, КТГ с внутривенным контрастированием, пункционной биопсии опухоли под контролем УЗИ. Из 52 больных РЧА произвели: - под ультразвуковым контролем - 38 пациентам: - с сочетанной навигацией (лапароскопия с внутриполостным УЗИ) - у 5 пациентов; - в лапаротомных операциях технология применена 9 раз. Диаметр новообразований варьировал от 18 до 78 мм, количество опухолевых узлов не превышало 3. Все новообразования верифицированы после пункционной биопсии. Гистологические диагнозы: первичный и метастатический рак печени (29), гемангиома (16), очаговый гепатит (2), фибронодулярная гиперплазия (1), метастазы рака в надпочечники и забрюшинное пространство (4). 18 больным с метастазами манипуляция проводилась повторно (до 4 раз). Средний возраст больных: $56 \pm 6,2$ года. В ранние сроки после операции наблюдались стандартные побочные эффекты связанные с доступом: боли в месте пункции или операционной раны, субфебрилитет. При деструкции опухолей печени наблюдалось транзиторное повышение трансаминаз и билирубина, субфебрильная лихорадка 1-3 суток (в одном случае до 4 недель). Послеоперационной летальности не было. 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. КТ 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 повторном морфологическом исследовании биоптата обработанного РЧА очага, 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 внутрипеченочных сосудов. Выводы 1. РЧА менее травматична по сравнению с оперативным удалением опухолевого очага и может дополнить любую паллиативную и циторедуктивную операцию. 2. Наилучший локальный эффект достигается при деструкции небольших опухолей, диаметром до 40 мм. При проведении РЧА образований диаметром более 50 мм вероятность полной деструкции опухоли значительно снижается, при этом риск осложнений, связанных с процедурой возрастает. 3. Тесный контакт опухоли с крупными сосудами является относительным противопоказанием, т.к. за счет эффекта отведения тепла эффективность РЧА в этой зоне может быть снижена, хотя тромбоза сосудов диаметром более 5 мм не наблюдалось. 4. При наличии непосредственного контакта опухолевого очага со стенкой полого органа возможно пункционное создание жидкостного буфера между органами, либо применение видеолaparоскопии и механической ретракции.

135. Лапароскопическая герниопластика у пациентов с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани

Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Гужков О.Н., Быков А.С., Садиков Н.М.

Ярославль

ГБОУ ВПО ЯГМУ МЗ РФ

Введение. Очень важным направлением в современной герниологии является предупреждение возникновения и развития рецидива грыж. Согласно существующим представлениям, среди причин рецидива грыж, большое значение отводится синдрому недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Профилактика рецидива грыж, у данного контингента больных, до сих пор не разработана. Возможно, одним из наиболее адекватных профилактических направлений в этом плане, является эндоскопическое грыжесечение. Цель работы. Изучение возможностей лапароскопического грыжесечения при синдроме недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Материалы и методы. С 2013г по 2014г обследовано 224 пациента с грыжами передней брюшной стенки. Среди пациентов мужчин было 137 (61%), женщин – 87 (39%). Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Косые паховые грыжи выявлены у 66 (29,5%) пациентов, прямые паховые – у 37 (16,5%), пупочные – у 35 (15,6%), послеоперационные – у 39 (17,4%), бедренные – у 2 (0,9%), грыжи белой линии живота – у 18 (8%), рецидивные – у 10 (4,5%), ущемленные – у 17 (7,6%). Все пациенты обследовались по стандартной схеме для обнаружения фенотипических признаков НДСТ. Степень тяжести дисплазии соединительной ткани (легкой, средней и тяжелой) оценивали по схеме Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашева (1985г). Результаты. Проведенные исследования показали, что у 104 (46%) пациентов выявлена НДСТ. Первая степень дисплазии наблюдалась у 68 (65%) пациентов, вторая – у 34 (33%), третья – у 2 (2%). Максимальная степень дисплазии отмечена при рецидивных (60%), пупочных (57%) и послеоперационных (51%) грыжах. У этой категории больных, все операции выполнялись по методике Лихтенштейна. Принимая во внимание высокий процент дисплазии при рецидивных грыжах (60%), у данного контингента больных, в качестве профилактики рецидива, как альтернативный вариант, нами применена методика эндоскопического грыжесечения. Данная методика выполнена у 33 больных, с применением сетчатых эндопротезов фирм «Lintex» и «Covidien». При этом у 29 пациентов имело место паховая грыжа, у 3 – послеоперационная и в одном случае – бедренная. При наблюдении за больными в течение двух лет, процессов рецидива грыж не отмечено. Выводы. Полученные данные дают основания полагать, что при наличии дисплазии соединительной ткани, для

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

профилактики возможного рецидива грыж, предпочтительнее использовать варианты эндоскопического грыжесечения.

136.Первый опыт лапароскопических операций на желудке по поводу злокачественных новообразований

Некрасов А.Ю., Агапов В.К.

москва

ФГБУЗ Клиническая больница №119 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 7 больных с различными видами опухолей желудка: GIST — 2 пациента, 5 — рак желудка, находившихся на лечении в хирургическом отделении в 2014г. Стадии рака желудка: T2N1M0 – 2 пациента, T3N1M0 – 3 больных. Средний возраст пациентов составил 61,2±4,3 года. Лапароскопическая гастрэктомия выполнена 3 пациентам, лапароскопическая субтотальная резекция желудка - 2 пациентам, лапароскопическая парциальная резекция желудка выполнена 2 пациентам. Мужчин - 5 (71,5%) больных, женщин - 2(28,5%). 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 окологупочной 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 эзофагоюноанастомоз 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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выделенной по Ру петли кишки. Больным с раком желудка выполнена лимфодиссекция D2. При лапароскопической парциальной резекции желудка по поводу GIST (кардиальный отдел желудка), после мобилизации большой кривизны, выполнено прошивание линейным аппаратом EndoGia 60 mm. При гистологических исследованиях срезов пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки опухолевого роста не выявлено. Длительность операции: гастрэктомия — 310-360 мин., субтотальная резекция желудка - 280-310 мин., парциальная резекция желудка - 70-90 мин. Гистологическое заключение удаленных опухолей были следующие: 3 - низкодифференцированная аденокарцинома, 2 - недифференцированная аденокарцинома, GIST - шванома. Послеоперационные осложнения выявлены у одного пациента в виде панкреатита, купирован консервативно. Продолжительность пребывания пациента в стационаре при лапароскопической гастрэктомии и субтотальной резекции желудка в среднем 19 койко-дней, так как требуется назначения первого курса химиотерапии в стационарных условиях. Вывод: Лапароскопические операции на желудке имеют свои преимущества перед традиционными вмешательствами, особенно при GIST, таких как незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

137.Лапароскопическая адреналэктомия у больных с новообразованиями надпочечников

Некрасов А.Ю., Агапов В.К.

Москва

ФГБУЗ Клиническая больница №119 ФМБА России

Актуальность. Первые сообщения об успешной лапароскопической адреналэктомии были опубликованы в 1992 г., E. Higashihara et al. удалили надпочечник у пациента, страдающего первичным альдостеронизмом. Многие авторы говорят о преимуществе лапароскопической адреналэктомии, таких как небольшое число интра- и послеоперационных осложнений, незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 7 больных с доброкачественными заболеваниями надпочечников: аденома коры надпочечника — 2 пациента, феохромоцитомы — 2, инциденталомы -

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

3 находившихся на лечении в хирургическом отделении в 2014г. Средний возраст пациентов составил $47,2 \pm 5,3$ года. Лапароскопическая адrenaлэктомия справа выполнена 5 пациентам, слева - 2 пациентам. Мужчин - 5 (71,5%) больных, женщин — 2(28,5%). Наличие клинических симптомов было причиной обследования в 4 (57,1%) случаях. У 3 (42,8%) пациентов было стойкое повышение АД до 160–220 мм рт. ст. Бессимптомное течение заболевания было у 3 (42,8%) пациентов, у 4 (57,1%) – опухоль надпочечника случайно обнаружена при УЗИ. В плане обследования всем больным проводились УЗИ, КТ. Размер выявленной опухоли варьировал от 3,1 до 7 см. Исследование катехоламинов и 17-кетостероидов мочи проводилось всем пациентам, незначительное повышение адреналина и норадреналина было в 4 (57,1%) случаях. Результаты и обсуждение. Адrenaлэктомия выполнялась в положении больного на боку с мобилизацией печеночного изгиба поперечно-ободочной кишки при операции на правом надпочечнике, при лапароскопической адrenaлэктомии у трех пациентов доступ к надпочечнику осуществлялся через зону, расположенную латеральной селезенки и селезеночного изгиба толстой кишки. Во всех случаях надпочечниковая сначала выделялась вена, клипировалась и пересекалась до мобилизации надпочечника. Надпочечник удалялась единым блоком с использованием аппарата LigaSure. Удаленный надпочечник эвакуировали из брюшной полости в контейнере. Устанавливали контрольный дренаж к месту операции, кровопотеря минимальная. Средняя продолжительность операции: при правосторонней лапароскопической адrenaлэктомии – 70-80 мин, при левосторонней – 85-100 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не выявлено. Применялась ранняя активизация больных, в течение первых суток им разрешалось вставать и принимать жидкость, на 2-е сутки – ходить. Болевой синдром купировался назначением ненаркотических анальгетиков. Дренаж из брюшной полости удаляли на 2 сутки. Среднее время пребывания в стационаре больных составило 7 койко-дней. Вывод: Лапароскопическая адrenaлэктомия имеет ряд преимуществ, таких как незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

138.О классификации сложных ситуаций при остром холецистите.

Сажин В.П., Подъяблонская И.А., Айвазян С.А., Сажин И.В., Карлов Д.И., Нуждихин А.В.

город Рязань

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова.

Цель исследования. На основе проспективного- и мета-анализа классифицировать сложные интраоперационные ситуации при различных формах острого холецистита, в зависимости от сроков заболевания и клинико-морфологических изменений в зоне желчного пузыря. Для верификации характера и формы воспаления в желчном пузыре у 1132 больных изучены 13 клинических и лабораторных показателей, характеризующие воспалительный процесс. Оценку воспаления проводили по интегральному показателю частоты выявления (ИПЧВ) указанных симптомов. Результаты и их обсуждение. При остром катаральном холецистите ИПЧВ в 1е сутки составил 28,8 единиц (ед.), во 2е – 50 ед, в 3и – 52,7 ед. Макроскопические морфологические изменения в эти же периоды развивались в 6,1% - 50,0% случаев по типу рыхлого инфильтрат с вовлечением в воспаление желчного пузыря и сальника. Изменения нарастали во времени и в количестве органов, вовлеченных в инфильтрат. Сложные ситуации проявились в 6,1% случаев в 1е сутки и в 38,5% случаев на 2 е сутки. Воспаление при остром катаральном холецистите мы классифицировали как умеренное с рыхлыми воспалительно-инфильтративными изменениями. Во всех случаях изменения позволяли выполнить лапароскопическую холецистэктомию без осложнений. При остром флегмонозном холецистите ИПЧВ в 1е сутки составил 66,9 ед, во 2е – 70,3 ед, в 3и – 70,6 ед. Макроскопическая морфологическая картина в 1е сутки, преимущественно (46,5%), характеризовались как рыхлая инфильтрация с вовлечением в воспаление шейки желчного пузыря и сальника. Плотный инфильтрат встретился в 4,7% случаев. На 3и, 4е сутки увеличивается частота выявления плотных инфильтратов с вовлечением желчного пузыря и его шейки в 25,3% и 44,6% соответственно. Воспаление при остром флегмонозном холецистите мы классифицировали как выраженное смешанное с плотными воспалительно-инфильтративными изменениями. В 100% случаев такие изменения способствовали увеличению времени оперирования в 2 раза по сравнению с предыдущей группой, в 86,3% случаев возникли трудности при разделении инфильтрата и в 39,4% кровотечение при разделении тканей. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена в традиционном варианте в 88,3% случаев, в 9,6% случаев атипично, в 1,4% случаев выполнена частичная или субтотальная резекция желчного пузыря. Конверсия выполнена в 2х случаях (0,7%). При остром гангренозном холецистите ИПЧВ в 1е сутки составил 73,5 ед, во 2е – 86,2 ед, в 3и – 74,5 ед. Макроскопическая морфологическая картина в 1е сутки, преимущественно (50,0%), характеризовались как плотная инфильтрация с вовлечением в воспаление шейки желчного пузыря (28,1%) и сальника (21,9%). Рыхлый инфильтрат встретился в 18,8% случаев. На 3и, 4е сутки увеличивается частота выявления плотных инфильтратов с вовлечением желчного пузыря и окружающих его органов (50,9% и 66,6%), а так же его шейки (45,1% и 63,6%) соответственно. Наряду с этим в 1-3 сутки в 21,9% случаев наблюдали плотные рубцово-инфильтративные изменения шейки желчного пузыря, гнойные (9,4%) и некротические изменения (18,7%) стенок желчного пузыря. Воспаление при остром гангренозном холецистите мы классифицировали как гнойно-некротическое с плотными воспалительно-

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

инфильтративными изменениями. Такие изменения так же способствовали увеличению времени оперирования в 2-3 раза по сравнению с первой группой, в 81,9% случаев (95 больных) возникли трудности при разделении инфильтрата и в 39,7% (46 больных) кровотечение при разделении тканей. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена в традиционном варианте в 50,0% случаев, в 37,9% случаев атипично, в 10,3% случаев выполнена частичная или субтотальная резекция желчного пузыря. Конверсия выполнена в 2х случаях (1,7%). Таким образом, классифицирование сложных ситуаций при остром холецистите позволяет разработать алгоритм выбора способа лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

139. Роль эндосонографии в выборе тактики хирургического лечения при патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

А.В. Филипцов, Л.А. Филипцова, С.И. Турыгина, А.В. Куркин, В.Н. Эктов.

Воронеж

БУЗ ВО ВОКБ №1

Эндоскопическая ультрасонография считается одним из самых чувствительных методов диагностики при обследовании больных с заболеваниями панкреатобилиарной зоны и верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Цель работы – Оптимизация лечебно-диагностического процесса у больных с заболеваниями желчевыводящих путей, поджелудочной железы и объемными образованиями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. С 2009 года в ВОКБ № 1 применяем эндосонографию, используя два эхоэндоскопа – диагностический с радиальным и операционный с линейным датчиком фирмы «Фуджинон». За отчетный период было произведено 1860 эндосонографических исследований и вмешательств, из них - в 10 случаях патологии выявлено не было. В первую очередь эндоскопическое ультразвуковое исследование мы использовали для выявления и верификации заболеваний панкреатобилиарной зоны. Так же 304 исследования проведено при различных заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты. В 66 случаях были выявлены воспалительные очаги инфильтрации и кальцинаты, не требовавшие хирургического вмешательства, еще в 436 случаях имел место паренхиматозный панкреатит, без очаговых поражений и протоковой патологии, больным этой группы проводилось консервативное лечение в условиях гастроэнтерологического отделения. Среди больных хирургического

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

профиля было произведено 117 исследований при кистах поджелудочной железы, при этом удалось установить размеры и локализацию, их соотношение с протоковой системой и выбрать оптимальный метод лечения (в том числе – пункционным трансгастральным или трансдуоденальным доступом). Солидные новообразования головки поджелудочной железы (в т. ч. очаги размером 3-4 мм) выявлены в 92 случаях, кистозные опухоли в 38, при этом определяли размеры опухоли, оценивали ее соотношение с окружающими органами, степень инвазии в сосуды и наличие поражения лимфоузлов. Согласно анализу операционных данных, диагностическая точность метода превышает 95%. Опухолевые поражения холедоха и БДС были диагностированы в 97 случаях. У 124 больных была выявлена стриктура БДС и терминального отдела холедоха рубцово-воспалительного генеза. В зависимости от протяженности сужения и выраженности гипертензии, лечение было хирургическим (ЭПСТ -96 случаев), либо консервативным - противовоспалительная терапия. Больным с желчнокаменной болезнью, механической желтухой в анамнезе, признаками желчной гипертензии производили эндосонографию, если этиология обструкции желчных путей не выявлялась посредством транскутанного УЗИ и МРТ-холангиографии. Для определения тактики дальнейшего лечения оценивали диаметр холедоха, количество и размер конкрементов, наличие и протяженность стриктуры дистального отдела холедоха. Холедохолитиаз был выявлен у 180 пациентов, 161 из них были оперированы двухэтапно: эндоскопическая папилосфинктеротомия (с литоэкстракцией), а затем – лапароскопическая холецистэктомия. В 13 случаях при выявлении микролитов в протоковой системе, размерами 3-2-1 мм и компенсированной билиарной гипертензии ЭПСТ не производили. При этом во время лапароскопической холецистэктомии использовали лаваж гепатико-холедоха, который продолжали в послеоперационном периоде через дренаж Холстеда. Всем этим пациентам папиллотомия не потребовалась. Еще 6 пациентам, с дилатацией холедоха не менее 25 мм и протяженной дистальной стриктурой, была выполнена лапаротомная холецистэктомия с наложением гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Roux петле тонкой кишки. У 276 больных с эпизодами желтухи и другими признаками протоковой патологии в анамнезе были выявлены только явления холецистита, что позволило избежать дополнительных вмешательств на большом дуоденальном соске. 46 пациентов были осмотрены для оценки адекватности различных вмешательств на желчевыводящих путях – от холецистэктомии до реконструктивных операций, 14 – по поводу очаговых образований печени – кист, гемангиом. В 64 случаях при исследовании были выявлены различные аномалии развития, сосудистые мальформации на фоне портальной гипертензии и редкие заболевания - дубликационная киста желудка и т.д. Нами было выполнено 8 аспирационных и 13 трепанбиопсий, 12 вмешательств при кистах поджелудочной железы – от лечебно-диагностической пункции, до создания стентового соустья кисты с просветом желудка или ДПК (2). Отмечены осложнения в 3 случаях: - у больной 76 лет с хроническим панкреатитом и сопутствующей гипертонической болезнью после процедуры развился гипертонический криз с ОНМК по ишемическому типу; - у больной 36 лет после лечебно-диагностической пункции кисты поджелудочной железы развилась клиника острого панкреатита; - у больного 38 лет с псевдокистой поджелудочной железы при попытке

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

стентирования отмечалось умеренное кровотечение из стенки желудка, остановлено электрокоагуляцией. Заключение. Эндоскопическая ультрасонография является высокоэффективным методом уточняющей диагностики, позволяет выбрать оптимальную тактику лечения при заболеваниях панкреатобилиарной зоны. Использование конвексных эхоэндоскопов с широким операционным каналом открывает перспективы к осуществлению различных лечебных и диагностических вмешательств с двойной внутрисветовой навигацией. Для диагностики холедохолитиаза с конкрементами менее 4 мм эндоультрасонография превосходит РХПГ и МРТ-холангиографию в чувствительности и специфичности. Активное использование эндосонографии позволило нам сократить количество диагностических ЭРХПГ до минимума и ограничить показания к превентивному использованию ЭПСТ при билиарной патологии.

140. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Алексеев А.В..

Москва

Московский государственный медико-стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова. ГКБ №50

Одним из частых осложнений язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки является перфорация, частота которой по данным различных авторов встречается от 5 до 15% больных в ургентной хирургии. Наиболее часто язвенная перфорация локализуется на передней поверхности (до 75%), пилоробульбарной зоны. Летальность зависит от возраста больных, коморбидности заболевания, сроков госпитализации и колеблется от 1,5 до 15%. Цель исследования - определить преимущества и недостатки эндоскопической коррекции состояния при перфоративной язве пилоробульбарной зоны. За последние 5 лет на базе ГКБ №50 было проведено лечение 340 больных по поводу перфорации пилоробульбарной зоны. Возраст пациентов колебался от 24 до 92 лет. В этой связи больные были разделены на 3 группы. Молодого возраста - 121 больных, пожилого возраста - 170 больных и старческого возраста - 49 больных. Мужчин - 217, преимущественно молодого и пожилого возраста, женщин - 123, преимущественно пожилого и старческого возраста. Прямо в отделение реанимации с диагнозом перитонит госпитализировано 7 больных старческого возраста, поступившие позже 24 часов с момента развития

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

заболевания, с водно-электролитными нарушениями и отсутствием мочи. При поступлении в стационар всем пациентам проводился стандартный алгоритм диагностических мероприятий включающий : обзорную рентгенографию органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, консультации специалистов , ФГДС с целью верификации диагноза и/или уточнения зоны локализации язвы, перфорации. Все больные молодого и пожилого возраста были оперированы после верификации диагноза. Лапароскопия носила не только диагностический характер, но и лечебный. Видеолапароскоп и манипуляторы вводились в стандартных точках, параумбиликально и влевом подреберье, как наиболее оптимальные для выполнения операции – ушивание перфорации, санации и дренирования брюшной полости. Всем 267 больным поступившим в клинику до 6 час с момента заболевания было произведено ушивание язвенных дефектов, однорядным швом. Язвенный дефект располагался на передней стенке пилорического отдела желудка, ближе к малой кривизне, у 112 больных, на передней стенке луковицы 12 перстной кишки у 147 больных и у 8 больных в позадулуквичной области. Всем больным заводился назо-еюнальный зонд , для снижения внутрикишечного давления, раннего лаважа электролитными растворами и при необходимости в последующем кормления. Размер дефекта колебался от 2 до 7мм. В пяти случаях , при сомнении в герметичности, повторно выполнено ФГДС с введением до 1,5л воздуха. Герметичность подтверждена, дополнительного ушивания не потребовалось. Летальных исходов и осложнений в этой группе больных не было. В группе больных поступивших после 24 часов (33 пациента) с момента заболевания перитонитом , гиповолемией и полиорганными изменениями обусловленными возрастом, коморбидностью и поздним поступлением, была выполнена традиционная лапаротомия, после соответствующей инфузионной подготовки в условиях отделения реанимации . У всех больных имелся длительный язвенный анамнез. При осмотре перфорация локализовалась в пилорическом отделе у 15 больных, в луковице 12 перстной кишки у 18 больных. Размеры язвы колебались от 5 до 15мм, с каллезными краями и инфильтративным валом. В 26 случаях , больным выполнено оперативное вмешательство в минимальном объеме- иссечение краев язвенного дефекта, пилоропластика и заведение назоэнтерального зонда на 40-60см. Наиболее тяжелой была группа больных старческого возраста (7 пациентов), им выполнено оперативное пособие в минимальном объеме – ушивание перфорации с оментопластикой из лапаротомного доступа. В послеоперационном периоде, не смотря на лечение в отделении реанимации у всех больных развились осложнения. Энцефалопатия развилась у 6 больных, у 2-х из них имелась дыхательная недостаточность на фоне ХНЗЛ, сердечная недостаточность имелась у 5 больных, в виде постинфарктного коронарокардиосклероза, мерцательной аритмии и экстрасистолии. Умерло всего 7 (2 %) больных. Для анализа эффективности эндоскопического ушивания перфоративных язв пилоробульбарной зоны был проведен ретроспективное изучение сроков госпитализации, развившихся осложнений, изменений в зоне ушитой перфорации через один год и конечно летальности. При этом выяснилось, что преимущества эндоскопического метода несомненны по всем параметрам, кроме одного. Больным старческого возраста, страдающих коморбидностью и осложнениями в виде распространенного перитонита выполнение видеолапароскопии противопоказано.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

141. Эндоскопические технологии в комплексном лечении больных деструктивным панкреатитом.

Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Домарев Л.В., Русских А.А.

Москва

Московский государственный медико-стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова. ГКБ№50

Цель исследования: Определить алгоритм эндоскопических технологий в комплексном лечении больных деструктивным панкреатитом. Проведен ретроспективный анализ лечения 644 пациентов деструктивным панкреатитом. Мужчин было 408 (63,3%), женщин - 236 (36,6%). Алкогольный панкреатит - у 362 (56,2%) пациентов, алиментарный - у 146 (22,7%) больного, билиарный - у 136 (21,1%) больных. Стерильный панкреонекроз (жировой, геморрагический, смешанный) без наличия очагов гнойной деструкции выявлен у 378 (58,7%) больных. Инфицированный панкреонекроз диагностирован у 121 (18,8%) больного. Панкреатогенный абсцесс - 47 (7,3%) человек. Инфицированная киста ПЖ выявлена у 56 (8,7%) пациентов, инфицированная флегмона забрюшинной клетчатки - 35 (5,4%) больных, фибринозно-гнойный перитонит - 7 (1,08%) больных. Результаты. После верификации диагноза, одним из первых малоинвазивных вмешательств была ЭГДС, при которой ревизовался не только ЖКТ, но и заводился энтеральный зонд за связку Трейтца на 40-60 см, для проведения энтерального лаважа мономерно электролитными растворами (МЭР), стимуляции кишечника и энтерального кормления при необходимости. Энтеральная коррекция проводилась 563 (87,4%) больным. Лапароскопия выполнялась больным не только с целью верификации диагноза 354 (55%), но и как малоинвазивное лечебное вмешательство 317 (49,2%). Во время лечебной видеолапароскопии 238 (36,9%) больным выполнена санация и дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости, 86 (13,4%) больным наложена оментобурсостома, холецистостомия осуществлена 75 (11,6%) больным. ЭРХПГ, ЭПТ выполнены 124 (19,2%) больным с билиарной формой деструктивного панкреатита. Начиная с 2013г., мы стали широко использовать один из миниинвазивных эндоскопических методов, позволяющих при РХПГ восстановить проходимость не только общего желчного протока, но и Вирсунгова, что позволило снизить гипертензию как в печени, так и в поджелудочной железе - это стентирование общего желчного протока и/или Вирсунгова протока. Этот метод впервые выполнен Kozaten R.A. (1989). Нами использован у 39 больных: при билиарном ПН у 22 больных, при

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

алиментарном ПН у 17 больных. У 14 больных панкреатическое дренирование дополнено стентированием общего желчного протока. На фоне консервативного лечения в течение 24 часов получено клиническое улучшение (уменьшился болевой синдром, появились кишечные шумы, при лабораторном исследовании отмечено снижение уровня альфа-амилазы на 50-55%; снижение билирубина на 35-45% от исходного уровня. Стенты удалены от 14 суток до 2-х месяцев, в зависимости от тяжести ПН, разрешения симптомов и осложнений острого панкреатита, при ЭГДС. Осложнений, связанных с установкой и удалением стентов, не было. Имело место одно осложнение развившееся при литэкстракции конкрементов из холедоха, при билиарном панкреатите. При контрастировании холедоха затеков контрастного вещества не выявлено, но через 12 часа появилась подкожная эмфизема на шее и надключичных областях, при рентгенографии выявлен медиастинит. Состояние расценено как перфорация дистального отдела холедоха. С целью закрытия перфорации в холедох заведен полностью покрытый нитиноловый стент. При наблюдении поступления желчного или дуоденального содержимого по страховочным дренажам не выявлено. Эмфизема и медиастинит разрешились. Стент удален через 3 месяца, после полного купирования явлений острого билиарного панкреатита, когда больной поступил для выполнения холецистэктомии.

142. Карбокситоракс как интраоперационное осложнение лапароскопической эзофагокардиомиотомии

Анипченко Н.Н., Овезов А.М., Аллахвердян А.С.

Москва

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

Карбокситоракс является наиболее частым интраоперационным осложнением лапароскопической эзофагокардиомиотомии у больных ахалазией кардии (АК), что определяет необходимость разработки соответствующего алгоритма диагностики и операционно-анестезиологической тактики. Материалы и методы. В нашей клинике лапароскопическая эзофагокардиомиотомия была выполнена у 211 больных ахалазией кардии. Эзофагокардиомиотомию сопровождала неполная косая задне-боковая протяженная фундопликация у 159 (75%) больных, по Дору - у 52 (29%). В 15% (31/211) случаев были выполнены симультанные операции: 1 гастродуоденопластика, 1 резекция дивертикула шейного отдела пищевода, 29 холецистэктомий. Все операции были

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

проведены в условиях тотальной внутривенной анестезии (пропофол+фентанил) с искусственной вентиляцией легких или комбинированной общей анестезии (пропофол+изофлуран+фентанил или пропофол+севофлуран+фентанил) с искусственной вентиляцией легких. На этапе мобилизации пищевода повреждение медиастинальной плевры произошло в 20/211 (9,5%) случаях с развитием левостороннего (18), либо правостороннего (2) карбокситоракса. У 16 (7,6%) больных карбокситоракс был подтвержден данными интраоперационного мониторинга: ослабление дыхания при аускультации над соответствующим легочным полем, повышение давления на вдохе (Ppeak), повышение концентрации углекислого газа в конце выдоха (EtCO₂), снижение сатурации крови (SpO₂), снижение эластичности легких и изменение конфигурации петли давление-объем. Анестезиологическая тактика при карбокситораксе включала в себя ИВЛ в режиме гипервентиляции (увеличение минутной вентиляции легких на 30% и более за счет частоты дыхания), положительное давление в конце выдоха, увеличение потока свежего газа (при проведении тотальной внутривенной анестезии), изменение соотношения вдох:выдох (удлинение вдоха). Торакоцентез выполнялся при отсутствии регресса карбокситоракса после десуффляции газа из брюшной полости. Плевральная полость была дренирована интраоперационно у 13 (6,2%) больных, либо непосредственно после операции. Ушивание медиастинальной плевры предпринималось в 9 (4,2%) случаях. Конверсий в связи с карбокситораксом не было (показана при EtCO₂≥55 мм рт ст). Заключение: Соблюдение своевременной диагностики карбокситоракса во время лапароскопической эзофагокардиомиотомии с последующей реализацией соответствующей анестезиологической и хирургической тактики позволяет избежать конверсии.

143.Релапароскопия и повторные миниинвазивные вмешательства в гепатобилиарной хирургии

Курбонов К.М., Садуллоев Д.Н., Назирбоев К.Р., Рахмонов Ш.Д.

г. Душанбе, Таджикистан,

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения заболеваний печени и желчных путей. За последние 15 лет в клинике оперировано 586 оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях в 380 (65%) наблюдениях развились ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения требующей повторного вмешательства. В 187

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

(49%) наблюдений для коррекции послеоперационных осложнений выполнялось релапароскопия и повторные миниинвазивные вмешательства, в 193 (51%) релапаротомия. Для диагностики послеоперационных осложнений выполняли УЗИ, КТ и видеолaparоскопию. Результаты. При наличии послеоперационного перитонита в 52 (13,5%) наблюдениях выполняли релапароскопию и пункционно – дренирующие вмешательства с санацией и дренированием брюшной полости. В 14 случаях релапароскопия была выполнена при внутрибрюшных абсцессах. У пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями релапаротомия с коагуляцией сосудов выполнено в 40 (10,5%) наблюдениях. Пункционно – дренирующие вмешательства при внутрибрюшных абсцессах выполнялось у 63 (16,5%) пациентов, а при наличие жидкостных скоплений послеоперационном панкреатите у 18 (5%) больных. После выполнения повторных вмешательств с использованием современных технологий осложнения наблюдали у 20 больных. Летальных исходов в 4 случаях. Тогда как после релапаротомии осложнения наблюдали у 47 больных с 21 летальными исходами. Современные технологии являются альтернативой релапаротомии в гепатобилиарной хирургии.

144. Мануально – ассистированные вмешательства при послеоперационном перитоните

Курбонов К.М., Саъдуллоев Д.Н., Назирбоев К.Р., Рахмонов Ш.Д.

г. Душанбе, Таджикистан,

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с послеоперационном перитонитом. Располагаем опытом лечения 54 больных с послеоперационном перитонитом. Мужчин было 22 (40,5%), женщин 32 (59,5%). Возраст больных составило от 24 до 74 лет. Первичные оперативные вмешательства были выполнены по поводу: острого деструктивного холецистита (n=18), аппендицита (n=12), панкреатита (n=10), а также осложненной язвенной болезни (n=8) и патологии печени (n=6). Послеоперационный распространенный перитонит имело место у 31 (57,5%) больных, местный перитонит – у 23 (42,5%). Для диагностики послеоперационного перитонита (ПП) проводили лабораторные и клинко – инструментальные методы исследования. Результаты. Наличие послеоперационного перитонита устанавливали на основании ультразвуковых данных и повышения уровня белков острой фазы

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

воспаления (СРБ и прокальцитонин). Для лечения ПП в 31 наблюдении прибегали к релапаротомии, санации и дренированию брюшной полости с интубацией тонкой кишки. В 23 случаях выполняли мануально – ассистированные вмешательства, которое позволяло не только выполнить адекватную санацию и дренирование брюшной полости на ликвидацию источника перитонита, и в 11 наблюдениях выполнить различные варианты дренирования пищеварительного тракта. В послеоперационном периоде после мануально – ассистированных вмешательств летальных исход отмечен в 1 наблюдений. Тогда как после релапаротомии летальные исходы были отмечены в 6 наблюдениях. Мануально – ассистированные лапароскопические вмешательства являются методом выбора при лечении послеоперационного перитонита.

145. Стентирование пищевода, кардии и пищеводных анастомозов при злокачественной обструкции: результаты в сравнении с гастростомией

Давыдова С.В. (1), Фёдоров А.Г. (1), Климов А.Е. (1), Габоян А.С. (2)

Москва

1) Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, 2) ГБУЗ ГКБ № 40

Эндопротезирование пищевода саморасширяющимися стентами выполняется в клинике факультетской хирургии РУДН с 2003 года. Цель исследования: провести анализ результатов стентирования пищевода, кардии и пищеводных анастомозов у пациентов со злокачественным стенозом в сравнении с гастростомией. В основу ретроспективного нерандомизированного исследования положен анализ клинического наблюдения 149 пациентов, которым в период 1999-2014 гг. было выполнено эндоскопическое стентирование (84) или гастростомия (65). Средний возраст составил $68,2 \pm 10,7$ и $66,3 \pm 12,1$ лет, соотношение мужчин и женщин – 59/25 и 46/19 соответственно. Уровнем обструкции явились: пищевод (56 пациентов в группе стентирования/48 в хирургической группе), кардия (23/16), эзофагогастро- или эзофагоэнтероанастомоз (5/1). Наиболее частыми причинами стеноза были рак пищевода (61,9% в группе стентирования и 63,1% в хирургической группе) и рак желудка (28,6% и 21,5% соответственно). У 7 пациентов в группе стентирования и у 8 пациентов в группе гастростомии имелся пищеводно-респираторный свищ. У всех пациентов радикальное вмешательство было признано невыполнимым ввиду распространённости опухолевого процесса или тяжести сопутствующей патологии. В группе эндоскопического стентирования 84

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациентам было установлено 86 саморасширяющихся нитиноловых стентов: 82 покрытых пищеводных HANAROSTENT или CHOOSTENT (M.I.Tech, Южная Корея), 3 частично покрытых Ultraflex (Boston Scientific, USA), и 1 покрытый Gianturco-Rösch Z-stent (Wilson-Cook, USA). Металлическую струну проводили через стриктуру под эндоскопическим и рентгенологическим контролем. Открытие стента осуществляли под рентгенологическим контролем. После удаления доставочного устройства выполняли эзофагоскопию и, при необходимости, коррекцию положения стента. В хирургической группе было выполнено формирование гастростомы по Кадеру (63) или по Витцелю (2). Результаты: Стентирование было успешно выполнено у всех пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 12 больных (14,3%). У 10 пациентов (11,9%) осложнения были обусловлены выполненным вмешательством. В 2 случаях распространённой опухоли пищевода развился медиастинит, гнойный плеврит, один пациент скончался на 4 сутки от септического шока. В 1 случае произошла перфорация пищевода после баллонной дилатации, перфорация была закрыта расправившимся стентом с покрытием. У 6 пациентов на 2-16 сутки наблюдалась дистальная миграция стента в желудок, во всех случаях была выполнена успешная репозиция стента. У 1 пациента на 14 сутки (после выписки из стационара) наблюдалось кровотечение из опухоли пищевода. У 2 пациентов (2,4%) отмечены неспецифические осложнения: острый инфаркт миокарда (4 сутки после стентирования) и острое нарушение мозгового кровообращения (2 сутки). Летальность после стентирования составила 6,0% (5 пациентов). В хирургической группе осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 10 из 65 пациентов (15,4%). В 7 (10,8%) случаях осложнения были обусловлены техническими особенностями операции: несостоятельность гастростомы (3), удаление гастростомической трубки при психомоторном возбуждении (1), эвентрация (1), флегмона передней брюшной стенки (1), нагноение послеоперационной раны (1). У 3 пациентов (4,6%) в послеоперационном периоде развилась пневмония. Из 10 пациентов, у которых были отмечены послеоперационные осложнения, 7 пациентов скончались в стационаре на 6-24 сутки после гастростомии. Послеоперационная летальность составила 33,8% (22 пациента). Статистический анализ полученных результатов не выявил значимой разницы в количестве послеоперационных осложнений ($p=0,5152$, точный критерий Фишера [ТКФ]). Вместе с тем существенно более высокий уровень летальности после гастростомии (33,8% против 6,0% в группе стентирования) явился статистически высокозначимым ($p<0,0001$, ТКФ). Средняя продолжительность стационарного лечения (медиана, интерквартильный размах [ИКР]) составила 13 дней (от 9 до 19 дней) в группе стентирования и 15 дней (от 12 до 21 дня) в хирургической группе; различие незначимое ($p=0,0633$, U-критерий Манна-Уитни). Предоперационный период был более продолжительным в группе стентирования (8 дней [ИКР от 5 до 13] против 6 дней [от 3 до 9] в хирургической группе, $p=0,0098$). Вместе с тем послеоперационный период в группе стентирования был значимо короче (5 дней [ИКР от 4 до 7] против 10 дней [от 8 до 13] в хирургической группе, $p<0,0001$). Отдалённый результат прослежен у 25 пациентов после стентирования и у 14 пациентов после гастростомии. У 1 пациента через 8 месяцев после стентирования пищевода и лучевой терапии был отмечен рецидив дисфагии за счёт

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

формирования стриктуры и пищеводно-бронхиального свища по верхнему краю стента; была выполнена установка второго стента. У 3 пациентов после гастростомии на 36, 60 и 128 сутки отмечено выпадение гастростомической трубки, что потребовало её замены. Медиана продолжительности жизни после стентирования составила 94 дня (ИКР от 61 до 137), после гастростомии – 87 дней (ИКР от 73 до 98), различие не явилось значимым ($p=0,4578$, U-критерий Манна-Уитни). Выводы: Эндопротезирование пищевода, кардии и пищеводных анастомозов саморасширяющимися стентами у пациентов с опухолевой обструкцией является эффективным способом восстановления проходимости верхних отделов пищеварительного тракта, сопровождается сопоставимым количеством осложнений и существенно более низким уровнем послеоперационной летальности по сравнению с гастростомией. Применение методики стентирования позволяет сократить послеоперационный период, а также сохранить пациенту возможность перорального питания. Медиана продолжительности жизни не зависит от способа восстановления питания. Полученные результаты позволяют рекомендовать протезирование саморасширяющимися стентами в качестве окончательного паллиативного метода лечения у неоперабельных пациентов со злокачественной обструкцией пищевода, кардии и пищеводных анастомозов. >

146.Гастроинтестинальное стентирование при злокачественной обструкции: результаты в сравнении с паллиативными хирургическими вмешательствами

Давыдова С.В. (1), Фёдоров А.Г. (1), Климов А.Е. (1), Габоян А.С. (2)

Москва

1) Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, 2) ГБУЗ ГКБ № 40

Цель исследования: провести анализ результатов гастроинтестинального стентирования у пациентов со злокачественным стенозом желудка и тонкой кишки в сравнении с традиционными паллиативными хирургическими операциями. В основу ретроспективного нерандомизированного исследования положен анализ клинического наблюдения 85 пациентов с опухолевой гастроинтестинальной обструкцией, которым в период 1999-2014 гг. было выполнено эндоскопическое стентирование (41) или паллиативное хирургическое вмешательство (44). Средний возраст составил $70,9 \pm 10,9$ и $68,3 \pm 10,1$ лет,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

соотношение мужчин и женщин – 20/21 и 21/23 соответственно. Уровнем обструкции явились: выходной отдел или тело желудка (23 пациента в группе стентирования/38 в хирургической группе), тотальное поражение желудка (2/3), двенадцатиперстная и тощая кишка (12/3), гастроеюноанастомоз (3/0) и гастродуоденоанастомоз (1/0). Наиболее частыми причинами стеноза были рак желудка (73,2% в группе стентирования и 79,5% в хирургической группе) и рак поджелудочной железы (14,6% и 13,6% соответственно). У всех пациентов радикальное вмешательство было признано невыполнимым ввиду распространённости опухолевого процесса или тяжести сопутствующей патологии. В группе эндоскопического стентирования 41 пациенту было установлено 49 саморасширяющихся нитиноловых стентов: 35 непокрытых HANAROSTENT (M.I.Tech, Южная Корея), 13 частично или полностью покрытых HANAROSTENT различных модификаций, 1 частично покрытый Z-stent (Wilson-Cook, USA). Открытие стента осуществляли под рентгенологическим и эндоскопическим контролем. В хирургической группе было выполнено формирование обходного гастроэнтероанастомоза (41) или еюностомы (3). Результаты: Стентирование было успешно выполнено у всех пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 3 больных (7,3%). В 2 случаях (4,9%) на 3 и 5 сутки произошла полная проксимальная миграция пилородуоденального стента в желудок. В обоих случаях мигрировал стент с частичным покрытием с наличием непокрытого проксимального (находящегося в желудке) края, пациентам было выполнено повторное эндопротезирование непокрытым стентом. У одной пациентки на 3 сутки развилось острое нарушение мозгового кровообращения. Летальность после стентирования составила 2,4% (1 пациент). В хирургической группе осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 9 из 44 пациентов (20,5%). В 6 (13,6%) случаях осложнения были обусловлены техническими особенностями операции: анастомозит с нарушением эвакуации из желудка (2), эвентрация (2), кровотечение (2). Все специфические осложнения наблюдались после гастроэнтеростомии. У 3 пациентов (6,8%) в послеоперационном периоде развилась неспецифические осложнения общего плана: пневмония (2), острый инфаркт миокарда (1). Послеоперационная летальность в хирургической группе составила 31,8% (14 пациентов). Основной причиной смерти на 2-27 сутки послужила раковая интоксикация и полиорганная недостаточность. При статистическом сравнении уровня ранних послеоперационных осложнений, несмотря на то, что количество осложнений в хирургической группе было очевидно больше (20,5% по сравнению с 7,3% в группе эндоскопического стентирования), разница не явилась статистически значимой ($p=0,0755$, точный критерий Фишера [ТКФ]). Разница в количестве специфических осложнений (13,6% после гастроэнтеростомии и 4,9% после стентирования) также не явилась значимой ($p=0,1566$, ТКФ). Вместе с тем существенно более высокий уровень госпитальной летальности в хирургической группе (31,8% против 2,4% в группе стентирования) явился статистически высокозначимым ($p=0,0003$, ТКФ). Средняя продолжительность стационарного лечения (медиана, интерквартильный размах [ИКР]) составила 15 дней (от 10 до 23 дней) в группе стентирования и 23 дня (от 18 до 31 дня) в хирургической группе; различие статистически высокозначимое ($p<0,001$, U-критерий Манна-Уитни). Продолжительность предоперационного периода (10,5 дней

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

[ИКР от 4,5 до 14,5] / 12 дней [от 7 до 18]) была одинаковой в обеих группах ($p=0,1983$). Продолжительность послеоперационного периода в группе стентирования была меньше и составила 6 дней (ИКР от 4 до 8,5) по сравнению с 11 днями (ИКР от 9 до 15) в хирургической группе, различие явилось статистически высокозначимым ($p < 0,001$). Эндопротезирование саморасширяющимися стентами является эффективным способом восстановления энтерального питания у пациентов с опухолевой обструкцией желудка и тонкой кишки, сопровождается сопоставимым количеством осложнений и существенно более низким уровнем послеоперационной летальности по сравнению с традиционными паллиативными хирургическими вмешательствами. Применение методики стентирования позволяет сократить время пребывания больных в стационаре за счёт сокращения послеоперационного периода. Полученные результаты позволяют рекомендовать протезирование саморасширяющимися стентами в качестве окончательного паллиативного метода лечения у неоперабельных пациентов со злокачественной гастроинтестинальной обструкцией. >

147. Колоректальное стентирование при злокачественной обструкции: результаты в сравнении с паллиативными хирургическими вмешательствами

Давыдова С.В. (1), Фёдоров А.Г. (1), Климов А.Е. (1), Габоян А.С. (2)

Москва

1) Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, 2) ГБУЗ ГКБ № 40

Стентирование толстой кишки выполняется в клинике факультетской хирургии РУДН с апреля 2010 года. Цель исследования: провести анализ результатов колоректального стентирования у пациентов со злокачественной обструкцией толстой кишки в сравнении с традиционными паллиативными хирургическими операциями. В основу ретроспективного нерандомизированного исследования положен анализ клинического наблюдения 93 пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью, которым в период 2007-2014 гг. с целью восстановления пассажа содержимого толстой кишки было выполнено стентирование (43) или паллиативное хирургическое вмешательство (50). Средний возраст составил $70,3 \pm 10,5$ и $69,0 \pm 11,3$ лет, соотношение мужчин и женщин – 22/21 и 22/28 соответственно. Левосторонняя обструкция (прямая кишка и левая половина ободочной кишки) наблюдалась у 37 пациентов в группе

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

стентирования и у 40 пациентов в хирургической группе, правосторонняя (правая половина ободочной кишки) – у 6 и 10 пациентов соответственно. В группе стентирования 43 пациентам было имплантировано 45 саморасширяющихся нитиноловых стентов: 37 непокрытых HANAROSTENT (M.I.Tech, Южная Корея), 1 покрытый CHOOSTENT (при стенозирующем раке прямой кишки с формированием пузырно-кишечного свища), 5 непокрытых WallFlex (Boston Scientific, США) и 2 частично покрытых с непокрытыми краями Niti-S (Taewoong Medical, Южная Корея). В 18 случаях доставочное устройство со стентом проводилось через инструментальный канал колоноскопа; в 27 случаях обструкции на уровне прямой или сигмовидной кишки стенты устанавливались рентгенологическим способом без эндоскопического контроля. В хирургической группе при левосторонней обструкции выполнялась петлевая колостомия (40), при правосторонней – обходной илеотрансверзоанастомоз (10). У всех пациентов радикальное вмешательство было признано невыполнимым ввиду распространённости опухолевого процесса или тяжести сопутствующей патологии. Результаты: Стентирование было успешно выполнено у всех 43 пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 2 больных (4,7%). В одном случае аденокарциномы ректосигмоидного отдела толстой кишки на вторые сутки после эндопротезирования непокрытым стентом появилась перитонеальная симптоматика, при лапаротомии выявлен распад и перфорация опухоли; была выполнена обструктивная резекция, однако на 3 сутки после лапаротомии (4 сутки после стентирования) констатирована смерть пациентки. Во втором случае на 14 сутки произошла полная миграция частично покрытого стента из сигмовидной кишки, что потребовало повторного стентирования непокрытым стентом. Летальность после стентирования составила 2,3% (1 пациент). В хирургической группе осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 11 из 50 пациентов (22%). В 9 (18%) случаях осложнения носили специфический характер и были обусловлены техническими особенностями операции: перфорация острой язвы тонкой кишки с развитием перитонита (2), несостоятельность колостомы с развитием флегмоны передней брюшной стенки (1), параколостомическая флегмона (3), нагноение послеоперационной раны (2), эвентрация (1). Все специфические осложнения наблюдались после петлевой колостомии. У 3 пациентов в послеоперационном периоде развилась пневмония, причём в одном случае она сочеталась с нагноением послеоперационной раны, во втором – с последующим острым нарушением мозгового кровообращения. Послеоперационная летальность в хирургической группе составила 18% (9 пациентов). Статистическое сравнение результатов стентирования и хирургических вмешательств выявило значимое различие как в количестве осложнений, так и в уровне послеоперационной летальности ($p=0,0151$ и $p=0,0146$ соответственно, точный критерий Фишера). Средняя продолжительность стационарного лечения (медиана, интерквартильный размах [ИКР]) составила 14 дней (от 11 до 19 дней) в группе стентирования и 18,5 дней (от 14 до 24 дней) в хирургической группе; различие статистически значимое ($p=0,0171$, U-критерий Манна-Уитни). Средняя продолжительность послеоперационного периода в группе стентирования составила 5 дней (ИКР от 3 до 6 дней), в хирургической группе – 14 дней (ИКР от 12 до 18 дней), различие явилось статистически высокозначимым ($p<0,0001$). Колоректальное стентирование

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

является эффективным способом восстановления пассажа содержимого толстой кишки при опухолевой обструкции и сопровождается более низким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, по сравнению с традиционными паллиативными хирургическими вмешательствами. Применение методики эндопротезирования позволяет сократить время пребывания пациентов в стационаре за счёт сокращения послеоперационного периода. Полученные результаты позволяют рекомендовать протезирование саморасширяющимися стентами в качестве окончательного паллиативного метода лечения у тяжёлой категории неоперабельных пациентов со злокачественной обструкцией толстой кишки. >

148.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Ткаченко О.Б., Сапронов П.А., Петров А.С., Козлов О.А., Петрова Е.А., Армашева М.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) относятся к редким злокачественным новообразованиям. Заболеваемость ГИСО составляет 10-20 случаев на 100000 населения в год. В России ежегодно регистрируется около 2500 новых случаев ГИСО. Возрастная медиана пациентов с ГИСО приходится на 55-65 лет. Хотя ГИСО могут выявляться во всех отделах ЖКТ, наиболее часто (60-70%) они встречаются в желудке. Основным методом лечения локализованных и местно-распространенных форм данных опухолей является хирургический. Выполнение лимфодиссекции в ходе хирургического вмешательства ввиду редкого лимфогенного метастазирования не является обязательной процедурой. При локализации опухоли в области передней стенки желудка, большой или малой кривизны желудка и экзогастральном типе роста применяется клиновидная резекция желудка. Подобная техника используется также при экзогастральных опухолях задней стенки желудка после пересечения желудочно-ободочной связки и поворота органа относительно продольной оси. При экзофитном типе роста опухоли и больших опухолях с эндофитным типом роста или при локализации опухоли в области пищеводно-желудочного перехода может быть выполнена внутрипросветная степлерная резекция желудка через гастротомическое отверстие на передней стенке. В ряде случаев, при локализации опухоли в области большой кривизны желудка возможна

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

рукавная (sleeve) резекция желудка. Наиболее сложные для удаления опухоли локализируются по малой кривизне желудка вблизи кардиоэзофагеального перехода и пилорического жома и требуют более обширных резекций вплоть до гастрэктомии. В доступной нам литературе мы не нашли данных о проспективных рандомизированных исследованиях, в которых проводилось сравнение “открытого” и лапароскопического подходов к хирургическому лечению ГИСО, тогда как в ходе нескольких ретроспективных исследований были продемонстрированы сопоставимые непосредственные и отдаленные результаты лечения. Консенсусом Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) в 2004 году рекомендовано ограничить лапароскопический подход опухолями менее 2 см из-за высокого риска повреждения псевдокапсулы. В последнее время в арсенал миниинвазивной хирургии ГИСО также были включены внутрипросветные эндоскопические операции. В 2013-2014 годах нами выполнено восемь эндовидеохирургических вмешательств по поводу ГИСО. У четырёх пациентов произведено внутрипросветное эндоскопическое удаление опухоли (в трёх случаях методом эндоскопического туннелирования подслизистого слоя, в одном – полнослойная эндоскопическая резекция). Показанием для внутрипросветного эндоскопического вмешательства явилось наличие подслизистого образования в теле или антральном отделе желудка диаметром менее 3 см с преимущественно экзофитным типом роста. Лапароскопические вмешательства выполнены у четырёх пациентов. В одном случае произведена рукавная (sleeve) резекция желудка при опухоли в области большой кривизны желудка, в двух случаях – клиновидная резекция желудка при ГИСО в области малой кривизны желудка и экзогастральным типом роста и в одном случае – трансгастральная степлерная резекция задней стенки желудка по поводу экзофитной опухоли в области задней стенки кардиального отдела желудка. Длительность эндоскопических операций составила от 110 до 210 минут, лапароскопических – от 55 до 90 минут, средняя кровопотеря – 50 мл. Ни в одном случае фрагментации опухоли либо наличия опухолевых клеток в линии резекции не зарегистрировано. У одного пациента после лапароскопической степлерной резекции задней стенки желудка в ближайшем послеоперационном периоде развилось кровотечение из линии степлерного шва, гемостаз достигнут в ходе лечебной гастроскопии. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Таким образом, эндоскопический и лапароскопический доступы могут быть применены при локализованных формах ГИСО, тогда как тип и объем оперативного вмешательства зависит от размеров и локализации опухоли, а также характера её роста.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

149. Восьмилетний опыт хирургического лечения цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода

Багненко С.Ф.(1), Василевский Д.И.(2), Прядко А.С.(2), Филин А.В.(2), Луфт А.В.(2), Скурихин С.С. (2), Медников С.Н.(3), Силантьев Д.С.(4), Кулагин В.И.(5)

Санкт-Петербург

(1)СПбГМУ, (2)Ленинградская областная больница, (3)Ленинградское областное патологоанатомическое бюро,(4)Городская больница №3 г.С-Петербург,(5)НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Интерес к феномену цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода, являющегося одним из синдромов ГЭРБ, определяется прогрессивным ростом заболеваемости эзофагеальной аденокарциномой населения экономически развитых стран. В отдельных популяционных группах рост количества впервые выявляемых новообразований данной категории за три последних десятилетия составил 400% - 800%, с ежегодным увеличением заболеваемости на ~10%. Среди белых мужчин-американцев с середины семидесятых годов прошлого века к началу третьего тысячелетия распространенность железистого рака пищевода выросла на 463%. В странах Центральной и Северной Европы, Великобритании в начале XXI века темпы роста заболеваемости аденокарциномой пищевода колебались от 8,7% до 17,7% в год. В Израиле за 25 лет, начиная с 1980 года, частота развития аденогенного рака пищевода у мужчин повысилась в 38 раз, у женщин – в 19. Впервые цилиндрический эпителий в пищеводе описал в 1950 году N. Barrett, ошибочно истолковав выявленный феномен врожденным укорочением органа. В 1953 году, P. Allison и A. Johnstone показали, что описанные N. Barrett изменения относятся непосредственно к слизистой оболочке пищевода, и являются следствием трансформации плоского эпителия в цилиндрический. В 1970 году С. Bremner в экспериментальных работах на животных продемонстрировал возникновение цилиндроклеточной метаплазии пищеводного эпителия при индуцированном гастроэзофагеальном рефлюксе, доказав приобретенный характер подобных изменений. Аденогенный рак пищевода, развившийся на фоне метаплазии, впервые был описан в 1952 году В. Morson и J. Belcher. Через два десятилетия, в 1975 году, A. Naef теоретически обосновал развитие аденокарциномы из метаплазированного эпителия пищевода. Еще через восемь лет, в 1983 году, D. Skinner на обширном клиническом материале доказал эту взаимосвязь. С этого времени патогенетическая цепочка: гастроэзофагеальный рефлюкс - цилиндроклеточная метаплазия - аденогенный рак пищевода не вызывает сомнения. Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода диагностируется у 10-15% пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. У жителей Соединенных Штатов Америки и Канады распространенность метаплазии пищевода по разным данным колеблется от 1,6% до 6,8%. В странах Европы распространенность цилиндроклеточной метаплазии пищевода варьирует от 1,6%-2,0% (Швеция, Финляндия) до 4,6%-4,9% (Германия, Великобритания). В остальных европейских популяциях частота выявления

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

данного осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни занимает промежуточное положение. Вероятность возникновения железистого рака у пациентов с цилиндроклеточной (кишечной) метаплазией составляет 0,5-0,8% в год или 5-8% в течение жизни [8, 19]. Распространенность цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода и заболеваемость эзофагеальной аденокарциномой у жителей России практически не изучены. Однако сопоставимые со средними европейскими данными показатели распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у соотечественников позволяют прогнозировать близкую частоту развития цилиндроклеточной метаплазии и аденогенного рака пищевода [1, 3]. Изложенные соображения заставляют рассматривать цилиндроклеточную метаплазию слизистой оболочки пищевода как социально значимую для России проблему, требующую мультидисциплинарного подхода к ее решению. Клинической стороной вопроса является оказание эффективной медицинской помощи пациентам с подобной патологией. Использование современных хирургических технологий в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, протекающей с развитием цилиндроклеточной метаплазии пищевода, позволяет не только добиться значительного улучшения качества жизни пациентов и надежной превенции аденокарциномы пищевода, но и минимизировать материальные затраты на диспансерное наблюдение и продолжительную медикаментозную терапию. Материалы и методы исследования В период с января 2007 по ноябрь 2014 года в Ленинградской областной клинической больнице, не являющейся специализированным онкологическим учреждением, цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода была выявлена у 563 человек (1,5% прошедших эзофагогастроскопию). Во всех наблюдениях выявленные при эндоскопии изменения подтверждались результатами морфологического исследования биопсийного материала. Метаплазия по желудочному типу была диагностирована в 237 случаях (42,1% всех больных с подобной патологией), по кишечному типу – в 326 (57,9%) наблюдениях. Интраэпителиальная неоплазия низкой степени при интестинальной метаплазии имела место у 21 пациента (6,4% страдавших кишечной метаплазией), высокой степени – у 8 (2,5%) человек. Подобные изменения расценивались в качестве безусловных признаков онкогенеза. Хирургическое лечение за указанный период времени было проведено 127 (22,5% страдавших цилиндроклеточной метаплазией) пациентам, включая 29 человек с выявленной интраэпителиальной неоплазией низкой или высокой степени. В 59 (46,4%) случаях имела место метаплазия по кишечному типу, в - 68 (53,6%) – по желудочному типу. Показаниями к выполнению антирефлюксной реконструкции являлись неэффективность медикаментозной терапии (прогрессирование изменений слизистой оболочки пищевода на фоне консервативного лечения) или необходимость ее продолжительного (пожизненного) проведения у пациентов молодого и среднего возраста. Хирургическое лечение считалось целесообразным и у пациентов старших возрастных групп с интестинальной метаплазией при высоком риске нежелательных побочных эффектов фармакологической терапии (прогрессирования остеопороза, атрофического гастрита с кишечной метаплазией, рецидивирующих респираторных инфекций и т.д.). Показанием к хирургическому лечению больных цилиндроклеточной метаплазией, независимо от возраста, являлось наличие внепищеводных

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (бронхиальной астмы, ХОБЛ, рефлюкс-ларингита и т.д.). Часть пациентов от предложенной операции воздержалась. Дополнительными методами исследования являлись рентгенография пищевода и желудка с контрастным веществом, исследование кислотности в просвете пищевода и эзофагоманометрия. Выбор методики антирефлюксной реконструкции основывался на результатах анализа сократительной способности пищевода. При нормокинезии предпочтение отдавалось “жестким” циркулярным фундопликациям R. Nissen и M. Rossetti, позволявшим добиться наилучшего контроля гастроэзофагеального рефлюкса. Подобные операции были осуществлены 34 (26,7%) пациентам. В двух случаях (1,6%) при недостаточной для циркулярной фундопликации ширине дна желудка была выполнена эзофагогастропластика L. Hill. При нарушениях моторной активности пищевода выполнялась “свободная” циркулярная реконструкция P. Donahue (“short floppy Nissen”) или неполная задняя фундопликация на 240-270° A. Toupet, позволявшие избежать послеоперационной дисфагии. Операции данного типа были осуществлены 82 (64,5%) пациентам. В отдельных случаях (при тяжелой дискинезии пищевода, “узком” дне желудка, рубцовых изменениях после перенесенной ранее неудачной антирефлюксной операции) выполнялись фундопликации на 90-180° A. Watson или J. Dor. Подобные реконструкции были осуществлены 9 (7,1%) пациентам. Внутрипросветная циторедукция перед хирургическим вмешательством на гастро-эзофагеальном переходе осуществлялась всем пациентам с цилиндроклеточной метаплазией и интраэпителиальной неоплазией. При неоплазии низкой степени риск инвазии был минимальным и обоснованным считалось проведение аргоноплазменной абляции (АРС) (при коротком сегменте метаплазии – тотальной, при длинном – селективной). Данная процедура была выполнена 21 пациенту. В случаях неоплазии высокой степени, при которой вероятность инвазивного роста существенно возрастала, требовалось радикальное удаление участка слизистой оболочки пищевода. В 3 случаях (при площади изменений до 2 см²) была проведена эндоскопическая резекция слизистой оболочки пищевода (EMR-C), у 5 пациентов (при площади изменений более 2 см²) – диссекция новообразования в подслизистом слое (ESD). Результаты исследования Осложнения антирефлюксных хирургических вмешательств у больных цилиндроклеточной метаплазией отмечались в 9 (7,0%) наблюдений. В 8 случаях имел место пневмоторакс, в одном – повреждение селезенки, потребовавшее спленэктомии. Осложнения внутрипросветных циторедуктивных процедур отмечались у двух человек. Кровотечение из зоны резекции слизистой оболочки, купированное энжоскопически, и перфорация пищевода при диссекции новообразования в подслизистом слое, потребовавшее резекции органа. Отдаленные результаты хирургического лечения цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода в сроки от полугода до 7 лет оценены у 114 из 127 (89,7%) пациентов. Разрушение антирефлюксной реконструкции и возобновление клинических проявлений гастроэзофагеального заброса констатировано у 7 (6,1%) больных. У 8 (7,0%) пациентов после хирургического лечения сохранилась необходимость проведения курсов антисекреторной терапии. Неполный контроль гастроэзофагеального рефлюкса имел место после частичных фундопликаций у пациентов с выраженными нарушениями моторной активности пищевода по

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гипокинетическому типу. В остальных 99 (86,8%) наблюдениях отмечен хороший клинический результат лечения. При эндоскопическом и морфологическом исследовании прогрессирования цилинд-рокеточной метаплазии (увеличения распространенности, трансформации желудочного эпителия в интестинальный) ни у одного больного после хирургического лечения, включая пациентов с рецидивом или неполным контролем гастроэзофагеального рефлюкса, не отмечено. Повторного развития или возникновения в другом месте интраэпителиальной неоплазии после эндоскопической циторедукции не выявлено. Полная регенерация плоского эпителия выявлена у 7 (6,1%) пациентов, перенесших тотальную аргоноплазменную абляцию и антирефлюксную операцию, а также 5 (4,4%) человек с коротким сегментом желудочной метаплазии после изолированной фундопликации. У 21 (18,4%) больного в зонах выполненной селективной аргоновой абляции или резекции (диссекции) слизистой оболочки пищевода с новообразованием документирована плоскоклеточная реэпителизация. В 27 (23,7%) случаях у пациентов с длинным сегментом цилиндроклеточной метаплазии констатировано уменьшение ее площади или появление “островков” плоского эпителия на фоне цилиндрического. У остальных 54 (47,3%) больных после хирургического лечения изменений со стороны слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом и морфологическом исследованиях не отмечено. Удовлетворение результатами проведенного лечения отмечали 103 (90,3%) пациента. Остальные больные (7 человек с рецидивом и 4 с неполным контролем симптомов гастроэзофагеального рефлюкса) дали неудовлетворительную оценку. Выводы 1. Современные хирургические технологии позволяют добиться эффективного контроля проявлений гастроэзофагеального рефлюкса и предотвратить прогрессирование цилиндроклеточной метаплазии. 2. Комбинация внутрипросветных циторедуктивных процедур с антирефлюксными хирургическими вмешательствами является эффективным методом лечения цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода с интраэпителиальной неоплазией. 3. Хорошие долгосрочные результаты позволяют рассматривать хирургическое лечение цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода в качестве альтернативы продолжительной медикаментозной терапии данной патологии.

150. ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

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

Москва

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Праздников Э.Н.(1), Семенов С.М.(1), Миронов К.Э.(1) Семенов М.В.(2)1) МГМСУ, 2) ЦКБ № 2 им Н.А. Семашко ОАО РЖД

Известно, что все виды механической желтухи в том числе и обусловленные холедохолитиазом, как и другие нарушения поступления желчи в кишечник, ведут к резкому ослаблению или прекращению всасывания витамина К и неуклонно прогрессирующему дефициту факторов VII, X, II и IX. Лабораторно эта депрессия начинает четко выявляться уже на 5–7 й день после полного прекращения поступления желчи в кишечник. Наклонность к кровотечениям становится заметной через 12–18 дней. Непосредственно механическая желтуха приводит к прогрессирующему поражению паренхимы печени, что на поздних этапах обуславливает дополнительное снижение уровня факторов V, VIII. Все эти изменения неминуемо ведут к развитию кровотечений и одновременно тромбофилических осложнений по типу обратной связи. В нашей клинике в период с 1989 года было пролечено более 600 пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом. Показатели билирубинемии у пациентов на момент поступления варьировали от 40 до 450 ммоль/л. Всем пациентам выполнялась ретроградная панкреатохолангиография с последующей эндоскопической папиллотомией и ретроградной санацией холедоха в сроки от 1 до 3 суток с момента поступления. У 29.5 % пациентов эндоскопическая ретроградная папиллотомия сопровождалась кровотечением, которое всегда удавалось остановить эндоскопически, электрокоагуляционно, истилацией 70% спирта или инъекционным эндоскопическим введением спиртосодержащих растворов в зону папиллотомии. Во всех случаях кровотечение удалось остановить без применения дуоденотомии. В 30% случаев у больных отмечались лабораторные признаки гиперкоагуляции, как проявление собственно ДВС синдрома, так и результата массивного применения гемостатических средств. В связи с этим, в нашей клинике, «золотым правилом» ведения пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом являлось трехкратное, в течение суток, исследование показателей свертывающей системы крови, которое позволяло оперативно корректировать свертывающую и антисвертывающую систему крови. Собственно тромбоэмболических осложнений за этот период работы в нашей клинике не отмечалось.

151.Релапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных желчеистечений

Курбонов К.М., Рамазон И.М., Назирбоев К.Р., Рахмонов Ш.Д.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

г. Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение хирургического лечения желчнокаменной болезни и её осложнений. Материал и методы. За последние 10 лет в клинике наблюдали 140 пациентов с послеоперационными желчеистечениями при выполнении холецистэктомии лапароскопическом (n=95) и традиционным методом (n=45). Мужчин было 40 (28,5%), женщин 100 (71,5%). По тяжести желчеистечения в 54 случаях наблюдали желчеистечения I степени, в 44 – желчеистечения II степени и в 42 наблюдениях желчеистечения III степени. Для диагностики желчеистечений применяли объективные методы исследования, УЗИ и видеолапароскопия. Результаты и их обсуждение. Наличие послеоперационных желчеистечений устанавливали на основании выделения желчи через страховочных дренажей, УЗИ и РРПХГ. Самостоятельно и консервативными методами желчеистечения остановлено у 98 (70%) пациентов. В 42 наблюдениях выполняли хирургические методы желчестазы. Так при недостаточности пузырного протока (n=12), желчеистечений из ложа желчного пузыря (n=8) и выпадений дренажей (n=5) в 25 наблюдениях выполняли релапаротомию с реклипированием пузырного протока, коагуляция ложа желчного пузыря и повторное дренирование общего желчного протока. В 17 наблюдениях релапароскопия позволило установить наличие повреждений желчных протоков. При этом в 12 случаях выполняли релапаротомию и реконструктивные вмешательства при ятрогенных повреждениях желчных протоков. Ещё в 5 случаях для коррекции «малых» повреждений желчных протоков выполняли билиодуоденальное стентирование. В послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не наблюдали. Заключение. Релапароскопия является высокоинформативным методом диагностики и лечения послеоперационного желчеистечения. В ряде случаев она позволяет избежать выполнения релапаротомии как тяжелого и сложного оперативного вмешательства.

152. Особенности удаление бандажа Minimizer при миграции.

Неймарк А.Е., Попова В.Ф., Анисимова К.А., Блинов Е.В.

Санкт-Петербург

ГБОУВПО "ПСПБГМУ им.акад.И.П.Павлова"

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Бандажирование желудка одна из самых популярных бариатрических операций в мире. Правда, последние несколько лет количество бандажирований желудка стало резко снижаться с 42% в 2008 году до 9 % в 2013 году, что связано с накопленным отрицательным опытом и появлением операции продольной резекции желудка, которая все больше завоевывает популярность в мире - в 2013 году она составила 38% всех операций (Angrisani). Одно из наиболее серьезных осложнений - эрозия (миграция) бандажа в просвет желудка. По данным литературы частота встречаемости этого осложнения составляет от 0,23% до 32,6% (O'Brien). Как правило, клинически эрозия бандажа проявляется нагноением порта и отсутствием препятствия при приеме пищи. Сегодня на рынке представлено большое количество моделей бандажей. Наиболее часто используемые Lap-band and SAGB. Тем не менее, каждый хирург может встретиться с миграцией бандажа других производителей. Представляем клинический случай. Женщина 42 лет, 3 года назад установлен регулируемый бандаж. Потеря веса составила 22 кг. Пациентка заметила нагноение в области порта, по поводу чего обратилась в клинику. При эндоскопическом исследовании выявлена частичная миграция бандажа в просвет желудка, была идентифицирована модель бандажа - Minimizer band. При анализе литературы была найдена всего одна статья с описанием удаления такого типа бандажей, в которой обращали на себя внимание возникшие осложнения при эндоскопическом удалении, такие как: невозможность извлечь бандаж из сформировавшегося вокруг него канала, заклинивание бандажа в просвете желудка, разрыв пищевода при тракции бандажа. Учитывая особенность конструкции (специальные петли для фиксации, жесткий силикон, грубые угловые выступы в области замка) и данные литературы, удаление бандажа эндоскопически и в данном случае представлялось сомнительным. В условиях эндотрахеального наркоза на эндоскопическом внутрипросветном этапе вокруг бандажа была сформирована петля нитиноловым проводником, затем с помощью литотриптора произведено пересечение бандажа. Тракции в просвет желудка не принесли успеха. Выполнена лапароскопия. Замок бандажа выделен из рубцовых спаек, после этого извлечен из ложа. Перфорационное отверстие ушито. Заключение: 1. При эндоскопической диагностике мигрировавшего бандажа важно определить модель бандажа. 2. При удалении бандажа представленной модели предпочтительно пересечь бандаж эндоскопически, что уменьшит операционную травму и время выделения бандажа при лапароскопии. 3. Для пересечения бандажей всех моделей необязательно использовать специальные устройства, что удешевляет стоимость процедуры эндоскопического удаления. 4. Хирургическая бригада при удалении мигрировавшего бандажа должна состоять из хирургов, владеющих методиками внутрипросветной эндоскопии и лапароскопии.

153. Результаты лапароскопического лечения «больших» грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Протасевич А.И.(1), Татур А.А. (1), Кардис В.И. (2), Скачко В.А.(2)

г.Минск

1) ГУО «Белорусский государственный медицинский университет», 2) УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) не являются редким заболеванием. Более 90% ГПОД составляют аксиальные грыжи. Комбинированные ГПОД характеризуются перемещением в средостение гастроэзофагеального перехода и значительной части желудка. Отдаленные результаты лапароскопической коррекции комбинированных ГПОД характеризуются значительным количеством рецидивов (10-50%), что требует оценки эффективности оперативных приемов и необходимости применения сетчатых протезов. ЦЕЛЬ. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с комбинированными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 43 пациентов, оперированных по поводу комбинированных грыж пищеводного отверстия диафрагмы в течение 2012-2014 годов в учреждении здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г.Минска. Среди оперированных преобладали женщины – 35, средний возраст составил 58 года (25-75 лет). Диагностика заболевания основывалась на данных эндоскопического и рентгенологического исследований. Клиническими проявлениями заболевания были: изжога – 68%, боль – 60%, дисфагия – 30%, рвота – 14%, отрыжка – 20%, анемия в анамнезе – 10%. Всем пациентам выполнены лапароскопические вмешательства. В ходе вмешательства выполнялось последовательно полное выделение и иссечение грыжевого мешка; перемещение абдоминального отдела пищевода (как минимум 3 см) и желудка в брюшную полость; уменьшение размеров ГПОД (задняя (18) либо смешанная (25) крурорафия); создание антирефлюксного механизма (эзофагофундопликация по Ниссену (40) либо Тупэ (3)). Одна пациентка оперирована в экстренном порядке, остальные оперативные вмешательства были плановыми. У девяти пациентов выполнены симультанные вмешательства: холецистэктомия (6), грыжесечение по поводу грыж передней брюшной стенки (3), грыжесечение при грыже Морганьи (1), биопсия печени (1). В восьми случаях крурорафия дополнялась постановкой сетчатых протезов («Биокард» - 5, полиэстер -3). Все пациенты проходили рентгенологическое обследование в раннем послеоперационном периоде, 85% больных обследованы клинически и рентгенологически в сроки от 3 до 24 месяцев. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У двух пациенток в отдаленном периоде (12 месяцев) были диагностированы троакарные грыжи, обе оперированы повторно. Клинически и рентгенологически рецидив ГПОД диагностирован у четырех пациентов в сроки от 6 до 24 месяцев, том числе в одном случае после использования протеза «Биокард». Четыре пациента оперированы повторно

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

(лапароскопическая рефундопликация по Тупэ -2 и стандартная эзофагофундопликация по Ниссену -2). У двух пациенток имеются рентгенологические признаки рецидива ГПОД без клинически значимых проявлений. Симптоматические комбинированные ГПОД требуют оперативного лечения. Малоинвазивное лечение комбинированных ГПОД является методом выбора. Применение протезов при оперативном лечении ГПОД больших размеров является оправданным.

154.ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Акобирова С.А.¹,Джураева О.Я.²Рахматуллаева З.Р.², Рахматуллаев Р.².

г.Душанбе, г.Турсунзаде, Р.Таджикистан.

НИИ Акушерство-гинекологии и перинатологии МЗ Р.Таджикистан, МСЧ ГУП ТАЛКО,

При эктопической беременности наиболее частой локализацией плодного яйца являются фаллопиевы трубы – 98% случаев, при этом около 80% случаев в ампулярном отделе маточной трубы, в 12% в истмическом отделе, в 5% в области фимбрий, в 2% в углу матки и в 2% случаях в толще матки и шейке матки. Изучить и обсудить результаты лапароскопических (ЛС) операций при эктопической беременности. Нами за период 2004-2014 гг. ЛС операции при эктопической беременности выполнено у 132 больных. Возраст больных от 18 до 28 лет, средний возраст составил 23,1±1,3 лет, что подтверждает развитие эктопической беременности в наиболее активном репродуктивном возрасте. Диагноз установили на основании клинико-anamnestических данных, данных ультразвукового метода исследования (УЗИ). По данным УЗИ 88 (66,6%) больных были госпитализированы в ранних сроках внематочной беременности до 4-6 недель, у остальных 44 (33,4%) пациенток сроки беременности были 6 и более недель. У 31 (23,4%) пациенток было обнаружено незначительное количество жидкости в малом тазу, у 21(15,9%) пациенток значительное количество жидкости в малом тазу. Лапароскопическую операцию выполняем в условиях эндовидеохирургической операционной с использованием эндовидеохирургических стоек НПО «Крыло» (г.Воронеж, Россия) и «Карль Шторц» (Германия), под внутривенным сбалансированной наркозом в условиях искусственной вентиляции легких. Результаты исследования и обсуждения: Окончательное решение об объёме операции принимаем во время диагностического этапа оперативного вмешательства. При этом мы придерживаемся следующей хирургической тактики: I-группа у

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

15(11,3%) больных выявлен трубный аборт, им произведено удаление плодного яйца из свободной брюшной полости, санация просвета маточной трубы и брюшной полости; II - группа у 98 (74,2%) больных плодное яйцо локализовалась в ампулярном отделе трубы, над плодным яйцом произведена линейная сальпинготомия до 1,5–2,0 см. произведено удаление плодного яйца с промыванием ложа плодного яйца, из них в 33 случаях наложен интракорпоральный шов на рану маточной трубы, в остальных случаях шов на рану маточной трубы не наложен; III - группа у 14 (10,6%) больных с локализацией плодного яйца в истмическом отделе отмечен разрыв маточной трубы с значительным количеством до 400,0–500,0 крови в полости малого таза, произведена конверсия, из поперечной минилапаротомного доступа произведено тубэктомия; Y- группа у 4 (3,03%) больных отмечено наличие плодного яйца в интерстициальной части маточной трубы, им произведена тубэктомия; Y-группа у 1(075%) больного выявлена шеечная эктопическая беременность по поводу чего была произведена экстирпация матки по традиционной методике. В раннем послеоперационном периоде больные себя чувствовали комфортно, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, нагноение троакарной раны отмечено у 1(075%) больного, средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 25 ± 5 мин, средний койка день пребывания больного в стационаре составил $2,0 \pm 0,5$ дня, летальных исходов не отмечено. Таким образом нами 15 (11,3%) больным произведена конверсия, в остальных случаях оперативное вмешательств завершено ЛС методикой. При этом 117 (88,7%) больным удалось сохранить маточную трубу, что имеет большое значения для сохранения репродуктивной функции женщин. Следовательно лапароскопическая методика операции при эктопической беременности является методикой выбора, которая позволяет установить точную локализацию эктопической беременности, состояние маточной трубы и плодного яйца, тем самым целесообразность выполнения органосохраняющей операции в каждом конкретном случае.

155. Сравнительная оценка результатов видеолапароскопического и «открытого» доступов в лечении и профилактике спаечной болезни брюшной полости

Оскретков В.И., Ганков В.А., Маншетов В.В.

Барнаул

АГМУ, кафедра общей хирургии

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Цель: Оценить ближайшие и отдаленные результаты, а также качество жизни больных после видеолапароскопического (ВАС) и традиционного доступов в лечении спаечной болезни брюшной полости (СББП) с профилактикой внутрибрюшных сращений. Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 66 больных СББП, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 34 больных (51,5±6,2%), которым после выполнения адгезиолизиса лапаротомным доступом во время и после операции барьерную и медикаментозную профилактику СББП не проводили. Во второй группе (32 пациента, 48,5±6,2%) до адгезиолизиса ВАС доступом, во время и после операции проводилось лечение и профилактики СББП. До и после операции больные перорально принимали пеницилламин по 250 мг два раза в день в течение 6 месяцев, а также получали курсы физиолечения и лечебной физкультуры. Интраоперационная профилактика СББП после ВАС адгезиолизиса заключалась в интраперитонеальном введении противоспаечного геля «Мезогель» фирмы «Линтекс» – 200-300 мл. Оценка выраженности спаечного процесса брюшной полости проводилась по И.О.Блинову с сравт.(1963). Результаты. Было отмечено, что видеолапароскопический адгезиолизис выполним лишь при I-II степени спаечного процесса брюшной полости. При ригидном СББП III - IV степени инструментальное манипулирование на кишечных петлях невозможно. При спаечном процессе (СП) I-II степени для выполнения адгезиолизиса ВАС доступом потребовалось почти на 1/3 времени меньше, чем при лапаротомии. Абдоминальный болевой синдром почти у 1/2 больных, оперированных ВАС доступом, не превышал более 3-4 суток, а у остальных пациентов продолжался в течение 5-12 дней. Вместе с тем у 1/2 пациентов, оперированных лапаротомным доступом, продолжительность болевого синдрома составила до 5-8 суток, а у остальных пациентов от 9 до 15 дней. Послеоперационный парез кишечника у больных с лапаротомным доступом сохранялся более длительно, а самостоятельное отхождение газов у большинства больных начиналось в основном на 4-5 сутки, т.е. в среднем на 2 суток позже, чем у больных, оперированных ВАС доступом. Вместе с тем после ВАС адгезиолизиса и барьерной профилактики рецидивного СП задержки отхождения газов более 5 суток не было ни у одного из больных. Частота послеоперационных осложнений у оперированных больных ВАС доступом была на 46,6% меньше, чем после адгезиолизиса лапаротомным доступом. У больных, оперированных ВАС доступом, средний послеоперационный койко-день на 7 дней был меньше, чем среднее количество послеоперационных койко-дней у оперированных лапаротомным доступом. Отдаленные результаты оперативного лечения СББП изучены в сроки от 6 месяцев до 11 лет. Способами контроля было изучение качества жизни больных СББП после их лечения с использованием анкетных данных международного опросника SF-36 и объективного осмотра. Наихудшие показатели, как по физическому, так и психологическому компонентам здоровья получены в подгруппе оперированных лапаротомным доступом без комплексной профилактики СББП. В группе больных оперированных с применением ВАС техники и комплексной профилактики рецидива СП отмечено достоверное уменьшение интенсивности боли, улучшение физического, ролевого и социального функционирования, психологического и общего здоровья по сравнению с оперированными лапаротомным доступом. Выводы: Лечение

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

спаечной болезни брюшной полости должно включать консервативные методы (приём пенициллина, диетотерапию, физиолечение, лечебную физкультуру), а в последующем при необходимости оперативного вмешательства – выполнение адгезиолизиса с использованием видеолапароскопических технологий при I-II степени спаечного процесса и гелевых антиспаечных барьеров, что существенно улучшает качество жизни больных.

156. ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

СМИРНОВА А.В.(1), ФАЕВ А.А.(1,2), БАРАНОВ А.И.(2)

Новокузнецк

1) МБАПУ «Городская клиническая больница № 29», 2) ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»

В настоящее время имеется небольшое количество наблюдений по использованию единого лапароскопического доступа (ЕЛД) при остром аппендиците (ОА), при этом проводится поиск оптимальной методики доступа и аппендэктомии с целью повышения безопасности вмешательства. На сегодняшний день в литературе не представлены анатомические исследования, обосновывающие выбор точки для единого лапароскопического доступа. Цель исследования: клиничко-анатомическое обоснование видеоассистированной аппендэктомии с использованием системы монодоступа (ВААМ). Анатомическая часть работы выполнена на 38 нефиксированных трупах. В ходе работы изучены возможные точки доступа для ВААМ: точка 1 – умбиликальный доступ; точка 2 – на 1/3 ниже пупка относительно расстояния от пупка до лонного симфиза; точка 3 – на 2/3 ниже пупка; точка 4 – надлобковый доступ. При лапарометрии учитывались: толщина передней брюшной стенки на уровне доступа; расстояние от основания червеобразного отростка (ЧО) до каждой точки доступа; мобильность купола слепой кишки и возможность выведения основания ЧО к проекциям точек доступа. Клиническая часть работы основывается на результатах лечения 145 больных с ОА за 2012-2014 г.г. Критерии включения: пациенты с ОА; длительность заболевания до 48 часов. Критерии исключения: распространенный перитонит с парезом кишечника, плотный инфильтрат брюшной полости, абсцесс брюшной полости, выявленный до операции, противопоказания к наложению карбоксиперитонеума. Больные разделены на 2 группы: I (основная, n=83) – ВААМ; II (группа сравнения, n=62) – многопортовая лапароскопическая

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

аппендэктомия (МЛА). Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, длительности заболевания и патоморфологическим формам острого аппендицита. Результаты анатомического исследования. В среднем толщина брюшной стенки у исследованных трупов была наименьшей в области пупочного доступа – $2,8 \pm 0,1$ см, наибольшая во «2» точке – $3,4 \pm 0,2$ см ($p=0,071$). Основание червеобразного отростка наиболее близко располагается ко «2» и «3» точкам доступа – $9,7 \pm 0,5$ и $10,0 \pm 0,6$ см соответственно. Наиболее удаленная от основания червеобразного отростка точка – доступ над лоном ($p_{2,4}=0,003$, $p_{3,4}=0,007$). В большинстве случаев основание червеобразного отростка возможно сместить к «1» и «2» точкам доступа – 52,6% и 57,9% соответственно, реже всего к «4» точке – 28,9% случаев ($p_{1,4}=0,036$, $p_{2,4}=0,011$, $p_{3,4}=0,021$). Аналогичные результаты получены при оценке параметров при каждом типе телосложения по отдельности. Результаты клинического исследования. ВААМ успешно выполнена у 76 (91,6%) пациентов. Продолжительность оперативного вмешательства ($44,9 \pm 2,2$ мин. и $44,3 \pm 2,7$ мин., $p=0,926$), частота установки дополнительного троакара (6,0% и 4,9%, $p=1,0$) и частота конверсии доступа (2,4% и 3,2%, $p=1,0$), частота и структура интраоперационных осложнений (14,4% и 17,7%, $p=0,592$) в сравниваемых группах сопоставимы. В группе сравнения чаще оперативное вмешательство завершалось дренированием брюшной полости (14,5% и 35,5%, $p=0,003$). В основной группе послеоперационные интраабдоминальные осложнения развивались реже, чем в группе сравнения – 1,25% и 9,7% соответственно, $p=0,042$. Длительность госпитализации в основной группе в среднем на 1,0 койко-день короче, чем в группе сравнения – $4,5 \pm 0,2$ и $5,5 \pm 0,4$ койко-дней соответственно ($p=0,003$). Пациенты основной группы достоверно чаще оценивали косметический результат операции как отличный. Выводы: 1) Передняя брюшная стенка имеет наименьшую толщину в умбиликальной области – $2,8 \pm 0,1$ см, мобильность купола слепой кишки, в 52,6% случаев позволяющая сместить основание червеобразного отростка к пупочному доступу, определяют данную точку как наиболее оптимальную для выполнения ВААМ. 2) Разработанная методика ВААМ позволяет дифференцированно и надежно обработать основание червеобразного отростка на экстракорпоральном этапе. 3) Применение предложенной методики в сравнении с многопортовой лапароскопической аппендэктомией не сопровождается увеличением длительности оперативного вмешательства, частоты конверсии, установки дополнительного троакара, частоты интраоперационных осложнений, приводит к снижению частоты интраабдоминальных послеоперационных осложнений до 1,25%, сокращению послеоперационного пребывания в стационаре на 1 койко-день, улучшению косметического эффекта при сопоставимом низком уровне послеоперационного болевого синдрома.

157. Опыт внутрипросветного стентирования желудочно-кишечного тракта в условиях скоропомощной больницы.

А.В. Домарев, В.П. Ивлев, Д.Ким, А.Е. Русских.

Москва

Городская клиническая больница №50

Введение: По данным Всемирной Организации Здравоохранения заболеваемость и онкологическими заболеваниями во всем мире неизменно растет. Увеличивается и количество обращений онкологических больных в неспециализированные скорпомощные стационары. Несмотря на все меры профилактики, многие из пациентов являются инкурабельными, но нуждаются в экстренной помощи. Основным направлением в лечении таких больных являются мероприятия, направленные на уменьшение проявлений и осложнений онкологического процесса. В настоящее время, благодаря развитию современных медицинских технологий, возможности повышения качества жизни инкурабельных онкологических больных достаточно велики. Одной из таких технологий является эндоскопическое стентирование полых органов при их опухолевых поражениях с наличием стенозов. Внутрипросветная установка стента позволяет восстановить естественную проходимость органа и тем самым избежать тяжелых хирургических операций, приводящих к значительному ухудшению качества жизни и психологического состояния больного. Так же, стентирование может быть использовано для разрешения острой кишечной непроходимости, вызванной опухолевым стенозом у ряда больных, которым возможно выполнение радикальных хирургических вмешательств. Данная методика позволяет избежать этапа наложения колостомы, что позволяет значительно уменьшить длительность предоперационной подготовки и продолжительность лечения, а так же сделать их более комфортными для пациента. Другой областью применения эндоскопического внутрипросветного стентирования является лечение доброкачественных стенозов и свищей различной локализации и этиологии. В большинстве случаев данный метод позволяет избежать оперативного лечения. При анализе экономической эффективности доказано, что стоимость эндоскопического стентирования несомненно меньше стоимости предоперационной подготовки, непосредственно хирургической операции и реабилитации пациента в послеоперационном периоде, а так же позволяет сократить сроки пребывания онкологического больного на стационарной койке. Эндоскопическое стентирование является высокотехнологичной манипуляцией и должно выполняться опытным подготовленным высококвалифицированным персоналом. Материалы и методы: На базе эндоскопического отделения ГКБ №50 в период с 09.2012 г. по 11.2014 г. эндоскопическое внутрипросветное стентирование было произведено у 63 больных в возрасте от 35 до 88 лет. Из них 31 мужчина и 32 женщины. Были использованы самораскрывающиеся нитиноловые и пластиковые стенты преимущественно производства компании Boston Scientific (США), такие как Wallflex, Ultraflex, Polyflex. В зависимости от

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

локализации поражения стенты применялись пищеводные, толстокишечные и дуоденальные. Диаметр, модификация (покрытие и механизм раскрытия) и длина стента выбирались в каждом конкретном случае в зависимости от степени стеноза и размеров опухоли. По поводу опухолевого стеноза пищевода и субкардиального отдела желудка стентирование выполнено 37 больным, злокачественных стенозов толстой кишки - 17, злокачественных стенозов тела желудка - 2, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки - 4, при доброкачественных стриктурах и свищах - 3 больным. Под визуальным эндоскопическим контролем стенты устанавливались в 17 наблюдениях, под эндоскопическим и рентгенологическим контролем - в 46 наблюдениях. 16 пациентам стентирование выполнено экстренно или отсрочено (после дополнительной подготовки) в 1 сутки пребывания в стационаре, остальным 47 больным - в плановом порядке после дообследования и стабилизации состояния. При контроле через сутки у всех осмотренных больных отмечено полное раскрытие стента. Результаты: Успешная установка с дальнейшим функционированием стента отмечена у 59 больных (93,6 %), у 7 (11,1%) из них при контрольном эндоскопическом исследовании была отмечена миграция стента и выполнена успешная коррекция его положения. Все пациенты отмечали улучшение состояния связанное с восстановлением проходимости и функции пораженного органа. Умеренно выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купировался анальгетиками. У 2 (3,1%) больных в связи с миграцией стента возникла необходимость его удаления и рестентирования. В 1 (1,5%) случае возникла необходимость удаления стента в связи с развитием кровотечения из эрозированного сосуда расположенного под ним. У 1 (1,5%) больного в процессе установки стента была выявлена перфорация толстой кишки, что потребовало экстренного оперативного лечения. 57 пациентов (90,4 %) были выписаны для амбулаторного наблюдения, 6 (9,5%) больных умерли в раннем послеоперационном периоде в связи с прогрессированием основного заболевания. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после установки стента составила 5,7 суток. Одному пациенту, спустя 6 месяцев после первичного стентирования, потребовалась повторная госпитализация и установка дополнительного стента, в связи с разрастанием опухоли по нижнему краю ранее установленного. Выводы: Наличие такого высокотехнологичного метода, как эндоскопическое внутрипросветное стентирование, в клинической практике скоропомощной больницы дает возможность оказания пациентам полноценной квалифицированной медицинской помощи в кратчайшие сроки. Восстановление проходимости и естественной функции стенозированного органа значительно улучшает состояние и качество жизни инкурабельных больных без оперативного вмешательства. Использование стентирования для разрешения кишечной непроходимости вызванной опухолевым стенозом позволяет избежать длительного подготовительного периода, связанного с наличием колостомы и значительно сокращает период предоперационной подготовки. Использование данной методики при лечении доброкачественных стриктур и свищей позволяет избежать оперативного лечения и уменьшить частоту госпитализаций. Все вышеперечисленное значительно уменьшает продолжительность стационарного лечения при улучшении его качества, что несомненно

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

экономически целесообразно и благоприятно сказывается на качестве жизни больного на всех этапах его лечения.

158.НО-ТЕРАПИЯ И ОЗОНОТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Бейнарович К.В., Касумьян С.А., Лелянов А.Д.

г. Смоленск

СГМА

Диагностика и лечение экстренной патологии органов брюшной полости являются весьма актуальными и окончательно нерешенными проблемами современной хирургии. Применение эндоскопических методов диагностики в неясных клинических случаях позволило значительно сократить количество диагностических ошибок и осложнений, уменьшить летальность. Цели исследования: показать эффективность НО-терапии и озонотерапии как альтернативных методов санации брюшной полости у пациентов с распространенным гнойным перитонитом. Материалы и методы: проведен анализ лечения 50 больных с острым распространенным гнойным перитонитом в возрасте от 20 до 78 лет, находившихся на лечении в стационарах г. Смоленска в период с 2012 по 2014 год. Основную группу составили 24 пациента, при лечении которых были использованы санация брюшной полости НО-содержащей газо-воздушной смесью и методы озонотерапии. В контрольную группу вошли 26 пациентов, при лечении которых использовали традиционные методы санации брюшной полости. Группы были сопоставимы по полу, возрасту пациентов, по степени выраженности воспалительного процесса в брюшной полости, по сопутствующей патологии. Причинами перитонита являлись такие заболевания как острый гангренозно-перфоративный аппендицит, прободная гастродуоденальная язва, гангренозный холецистит, острый деструктивный панкреатит, острая кишечная непроходимость, а также осложнения оперативных вмешательств. Эффективность лечения оценивали по динамике клинической картины, нивелированию синдрома эндогенной интоксикации и симптомов органной дисфункции, снижению степени бактериальной контаминации перитонеального экссудата, а также Мангеймскому индексу перитонита (МИП) и динамике показателей шкалы оценки органной недостаточности (SOFA). Основным методом лечения было оперативное вмешательство, состоящее из диагностической лапароскопии, устранения источника

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

перитонита, интраоперационной закрытой санации брюшной полости с ее последующим дренированием, зондовой декомпрессии кишечника. Санацию брюшной полости у пациентов основной группы проводили с использованием озонированного физиологического раствора и газозвоздушной смеси, содержащей монооксид азота. Озонированный физиологический раствор был получен при помощи озонотерапевтической установки УОТА-60-01 "Медозон", а NO-содержащие воздушно-плазменные потоки – при помощи аппарата СКВП/NO-01 "Плазон". Интраоперационно озонированным физиологическим раствором (ОФР) с концентрацией 6-8 мг O₃/л в объеме до 2000 мл тщательно санировали брюшную полость, осуществляли лаваж кишечника раствором с концентрацией озона 4-6 мг/л, а также производили внутривенные инфузии раствора с концентрацией озона 1,8-3,2 мг/л в объеме до 400 мл. В послеоперационном периоде внутрибрюшную санацию проводили озоном и монооксидом азота 1 раз в сутки при времени экспозиции до 2 мин через просвет дренажных трубок с внутренним диаметром, соответствующим дистальной части манипулятора. Результаты. В основной группе пациентов стабилизация гемодинамических показателей, устранение симптомов легочной дисфункции происходило на 2 – 3 суток раньше, чем в контрольной группе. Моторная функция кишечника восстанавливалась в основной группе на 3 – 4 сутки у 80% пациентов, в контрольной группе этот процесс был зафиксирован только у 57% больных. Длительность перитонеальной экссудации, определяемой по количеству отделяемого по дренажам из брюшной полости, в основной группе сокращалась по сравнению с контрольной на 2 суток. Включение NO-терапии, озонотерапии в комплекс лечебных мероприятий при лечении распространенного гнойного перитонита позволило в 1,8 раза уменьшить число санационных лапаротомий и релапаротомий, на 21,4% - количество послеоперационных гнойных осложнений и на 11% - летальность. Заключение: сокращение числа диагностических ошибок и улучшение результатов лечения пациентов с перитонитом демонстрируют эффективность лапароскопии с использованием NO-терапии и методов озонотерапии, свидетельствует о позитивном эффекте предложенной технологии в комплексном лечении распространенного перитонита.

159. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

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

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Эндовидеохирургические операции по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в период с 2007 по 2014 годы были выполнены у 1934 больных, в том числе лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого аппендицита у 627 больных, лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита у 1185 больных, 72 эндовидеохирургических вмешательств проведены у больных острым панкреатитом, 14 пациентов оперированы по поводу острой кишечной непроходимости и 36 операций выполнены у больных с травмами органов брюшной полости. В группе 627 больных острым аппендицитом преобладали деструктивные формы воспаления, в частности у 415 пациентов (66,2 %) отмечен флегмонозный аппендицит, у 103 (16,4 %) - гангренозный и у 66 (10,5 %) пациентов гангренозный перфоративный аппендицит. Простой аппендицит наблюдался у 43 (6,9 %) больных. У 216 больных (34,4%), деструктивный аппендицит было осложнен перитонитом при этом у 130 пациентов (20,7 %) отмечен местный, у 54 (8,6%) распространенный перитонит. При выполнении лапароскопической аппендэктомии антеградная диссекция червеобразного отростка проведена в 460 случаях (73,4 %), у 132 больных (21,1 %) производилось ретроградное удаление и у 35 пациентов (5,6 %) была выполнена комбинированное иссечение аппендикса. Для герметизации культи червеобразного отростка лигирование интракорпоральным швом осуществили у 480 (76,6 %) больных, наложение эндопетли произвели у 58 (9,3 %), эндоклипирование основания червеобразного отростка выполнено у 89 (14,2 %) пациентов. Независимо от метода обработки проводили обязательную демукозацию культи путем коагуляции слизистой оболочки шаровидным электродом. Показанием к дренированию брюшной полости считаем сомнение в надежности герметизации культи червеобразного отростка, особенно при деструктивных формах аппендицита, вскрытие просвета аппендикса в процессе диссекции или удаление его по частям, наличие периаппендикулярного абсцесса и местного или диффузного перитонита. Среди 627 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия в 32 (5,1 %) случаях осуществлен переход на лапаротомный доступ. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 28 больных (4,5 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 1 (0,16 %), диффузный перитонит у 2 (0,32 %), абсцесс брюшной полости у 14 (2,2 %), нагноение троакарных ран – у 7 (1,1 %), спаечная кишечная непроходимость у 4 (0,6 %) больных. Среди 1185 больных острым холециститом деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 807 больных (68,2 %). Выполнение лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите, особенно осложненном паравезикальным инфильтратом или абсцессом нередко сопровождается выраженными отечно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря, резко затрудняющими и, в ряде случаев, делающими невозможность идентификации трубчатых сосудисто-секреторных элементов треугольника Кало и печеночно-дуоденальной связки. В таких

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ситуациях использовали проведение нетрадиционных способов ЛХЭ, в частности: холецистэктомии "от дна" или субтотальной холецистэктомии. Среди 1185 больных, которым предпринята лапароскопическая холецистэктомия конверсия на открытый доступ проведена у 37 (3,1 %) пациентов. Интраабдоминальные осложнения встретились у 42 больных (3,7%), в том числе кровотечение у 5 (0,4 %), перитонит у 1 (0,1 %), внутрибрюшные абсцессы у 11 (0,9 %), острая кишечная непроходимость у 1 (0,1 %), желчеистечение у 17 (1,4 %) 9), дуоденальный свищ у 2 (0,2%) пациентов. Повреждения желчных протоков отмечены у 3 (0,25 %) больных. Умерло 8 больных (0,7 %). Все умерших больные были старших возрастных групп и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Лапароскопические вмешательства по поводу острого панкреатита предприняты у 72 больных. Показаниями к использованию эндовидеохирургического метода явились ферметативный 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 14 больных устранить непроходимость кишечника эндовидеохирургически удалось у 8 больных, в остальных случаях выполнена конверсия на открытый доступ. Лапароскопический метод использовали у 36 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 18 больных выявленные повреждения были устранены с помощью лапароскопического или лапароскопически асситированного пособия. Выводы: Использование эндовидеохирургического метода в лечении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости является перспективным направлением в деятельности отделений неотложной хирургии и необходимо расширять его использование, как по количеству выполняемых вмешательств, так и по увеличению спектра его использования у больных «острым животом».

160.Современные технологии в диагностике и лечении ранней послеоперационной тонкокишечной непроходимости

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Садуллоев Д.Н., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

г. Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения послеоперационной тонкокишечной непроходимости. Материал и методы. Располагаем опытом диагностики и лечения 42 больных с ранней послеоперационной тонкокишечной непроходимости (РПТН). Мужчин было 18 (43%), женщин 24 (57%). Послеоперационная тонкокишечная непроходимость в 10 наблюдениях развивалась после аппендэктомии, в 12 случаях после ушивания перфоративных язв, в 14 – после операций на печени и в 6 наблюдениях после различных вариантов холецистэктомии. Для диагностики РПТН больным проводили рентгенологическое исследование, а также УЗИ и видеолапароскопию. Результаты и их обсуждение. В клинической картине РПТН преобладали симптомами интоксикации и болевого синдрома в 28 (66,5%) случаях. Рентгенологическое исследование позволило в 10 (24%) наблюдениях выявить патологию. Высокоинформативным методом ранней диагностики РПТН являлись УЗИ, которое позволило установить показания к повторным вмешательствам в 24 (57%) случаях. В 8 наблюдениях для диагностики РПТН применяли видеолапароскопию. Традиционные открытые вмешательства при РПТН выполняли у 19 (45%) больных. В 23 (55%) случаях выполняли видеолапароскопический адгезиолизис (n=14) и мануально – ассистированные вмешательства (n=9). Операцию завершали введением в брюшную полость противоспаечного коктейля. В послеоперационном периоде осложнения имели место у 2 больных летальных исходов не было. Заключение. Ранняя диагностика РПТН позволяет шире применять малоинвазивные вмешательства для лечения этого тяжелого контингента больных.

161.Использование эндовидеохирургической технологии у больных острым холециститом в отделении неотложной хирургии

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

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В период с 2007 по 2014 годы в отделении неотложной хирургии оперировано 1468 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 95 лет. Среди этих больных деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 807 больных (55,0 %). Из общего количества оперированных больных острым холециститом, лапароскопическая холецистэктомия предпринята у 1185 (80,7 %) пациентов, остальные 283 больных (19,3 %) оперированы лапаротомным методом. Среди 1185 больных, которым предпринята лапароскопическая холецистэктомия конверсия на открытый доступ проведена у 37 (3,1 %) пациентов. Причинами ее явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки у 26 больных (2,2 %), кровотечение у 7 (0,6%), повреждение двенадцатиперстной кишки у 1 пациента (0,1 %), повреждение желчных протоков у 3 (0,25 %) больных. Интраабдоминальные осложнения встретились у 42 больных (3,7%), в том числе кровотечение у 5 (0,4 %), перитонит у 1 (0,1 %), внутрибрюшные абсцессы у 11 (0,9 %), острая кишечная непроходимость у 1 (0,1 %), желчеистечение у 17 (1,4 %) 9), дуоденальный свищ у 2 (0,2%) пациентов. Умерло 8 больных (0,7 %). Все умершие больные были старших возрастных групп и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. С целью изучения эффективности эндовидеохирургического лечения больных острым холециститом был проведен сравнительный анализ с результатами лечения 283 больных, оперированных лапаротомным доступом. Сравнивались следующие показатели: продолжительность операции, количество послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность и средний койко-день. Проведенные исследования показали, что лапароскопическая холецистэктомия короче по времени ($67,5 \pm 2,5$ мин и $83,6 \pm 3,1$ соответственно; $P < 0,05$), имеет меньшее количество осложнений ($3,7 \pm 0,8$ % и $11,7 \pm 1,1$ % соответственно; $P > 0,05$), послеоперационную летальность ($0,7 \pm 0,1$ % и $6,0 \pm 1,0$ % соответственно; $P > 0,05$) и способствует значительному сокращению периода пребывания больных в стационаре ($7,2 \pm 0,4$ и $14,8 \pm 0,8$ дней соответственно; $P > 0,05$) Выводы: Таким образом применение эндовидеохирургического метода лечения острого деструктивного холецистита у больных острым холециститом сопровождается статистически достоверным сокращением времени оперативного вмешательства, обеспечивает уменьшение числа послеоперационных осложнений (в 3 раза), значительное снижение показателя послеоперационной летальности (более чем 8 раз) и способствует сокращению периода пребывания пациентов в стационаре в 2 раза по сравнению с группой больных оперированных открытым методом. Однако, следует отметить, что, при наличии у больных острого деструктивного холецистита, осложненного холангитом, разлитым гнойным перитонитом с явлениями пареза или паралича кишечника, альтернативы широкому лапаротомному доступу в настоящее время нет. >

162. Коррекция системы гемостаза у больных холелитиазом при видеолaparоскопической и минилапаротомной холецистэктомии

С.А. Быстров, Б.Н. Жуков, В.О. Бизярин

Самара

ГБОУ ВПО « Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ

Венозные тромбозомболические осложнения - тромбоз глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА - наиболее грозные осложнения после любого оперативного вмешательства, в том числе, и миниинвазивной холецистэктомии. По данным разных авторов, использование ультразвукового метода диагностики позволяет своевременно выявить тромбоз глубоких вен нижних конечностей после видеолaparоскопической холецистэктомии у 5- 20% оперированных больных, которые, как правило, у большинства больных протекают субклинически и проявляются клиникой либо ТЭЛА, либо посттромботической болезни. Цель – улучшить результаты лечения больных, оперированных по поводу холелитиаза путем гепаринопрофилактики венозных тромбозомболических осложнений. Исследование проведено у 656 больных с хроническим калькулезным холециститом, оперированных в клинике госпитальной хирургии СамГМУ в 2008-2014 гг. Всем пациентам проводилось определение основных показателей системы гемостаза и ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей в до и послеоперационном периоде (на 2 и 7 сутки). Основную группу составили 450 пациентов, которым проводилась гепаринопрофилактика в стандартных дозировках с помощью низкомолекулярных гепаринов согласно рекомендациям ассоциации флебологов России. 142 пациента были оперированы видеолaparоскопически и 308 – с помощью мини доступа. Группа сравнения включала 206 пациентов, не получавших гепаринопрофилактику, из которых 92 оперированы видеолaparоскопически и 114 с помощью мини доступа. Группы были сформированы методом случайной выборки. Однако у всех пациентов производили интраоперационное эластическое бинтование нижних конечностей. Обе группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, характеру сопутствующей патологии. Средний возраст $57 \pm 4,6$ в основной и $59 \pm 4,6$ в группе сравнения. Женщин было 87% в основной и 85% соответственно в группе сравнения. Результаты. У 17,5% больных основной и 18,6% больных группы сравнения в предоперационном периоде выявило усиление коагуляционного потенциала крови на фоне снижения антикоагулянтной и фибринолитической активности с лабораторными маркерами патологического внутрисосудистого свертывания (повышение уровня РФМК, Д-димеров). У 11% больных не получавших до операции

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

низкомолекулярных гепаринов оперированных видеолапароскопическим методом и 5% оперированных с помощью мини лапаротомного доступа при ультразвуковом ангиосканировании вен нижних конечностей выявлены признаки венозного тромбоза в системе глубоких вен нижних конечностей, которые могли привести к венозным тромбоэмболическим осложнениям. В группе больных получавших гепаринопрофилактику признаки глубокого венозного тромбоза выявлены соответственно у 5% и 2,5% больных. При диагностике тромбоза в системе глубоких вен все больные получали соответствующее стандартное лечение согласно рекомендациям ассоциации флебологов России. Признаков ТЭЛА не было выявлено ни у одного больного. Выводы. Всем больным холелитиазом необходимо проводить в дооперационном периоде исследование системы гемостаза. Применение низкомолекулярных гепаринов перед операцией является высокоэффективным методом профилактики венозных тромбоэмболических осложнений. У больных с изменениями в системе гемостаза необходимо выполнять ультразвуковое ангиосканирование вен в раннем послеоперационном периоде с целью ранней диагностики тромбоза в системе глубоких вен нижних конечностей и максимально ранней профилактики ТЭЛА.

163. Успехи и неудачи в бариатрической и метаболической хирургии. Десятилетний опыт.

Фишман М.Б. 1-5, Седов В.М.1, Кащенко В.А.3, Гладышев Д.В.4, Моисеев М.Е.4, Хаммедова Г.Э.1

Санкт-Петербург, Россия.

1. Кафедра факультетской хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. «Клиника Куприна»; 3. МСЧ № 122 им. Л.Г.Соколова; 4. ГБ № 40; 5. Клиника РАМИ.

Цель исследования. Оценить возможности различных бариатрических и метаболических вмешательств в лечении основных составляющих метаболического синдрома. Материал и методы. С 2004 по 2014 годы, 1018 больным выполнены современные бариатрические вмешательства. В 953 случаях - различные лапароскопические операции: ЛРБЖ-275(28,8%); ЛПРЖ-411(43,1%); ЛЖШ-253(26,5%); ЛБПШ-14(1,4%), в том числе с применением технологий Viking 3D и Da Vinci. В 65(6,3%) случаях имплантировался ВЖБ. В 321(31,5%) случаях исходно диагностирован МС, в 697(68,4%) – ожирение различной степени. Эффективность лечения оценивалась: исходные данные, 3 месяца, год, 3 и 5 лет после операции и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

по маркерам: ИМТ, цифры АД, липидный спектр, Ка, глюкоза, инсулин, С-пептид, HbA1C, индекс НОМА, %ЕВМІL, грелин, лептин, адипонектин. Отдельные результаты прослежены до 10 лет. Результаты подвергались математико-статистической обработке по типам операции, полу, возрасту, установленным маркерам и срокам наблюдений. Эффективность операций различается и зависит от различных факторов. Среди всех оперированных у 56(5,5%) больных наблюдались осложнения, из них – 3 (0,3%) летальных исхода. После операции ЛРБЖ эффект наступает постепенно, от 2-4 месяцев до 1-1,5 лет, затем снижается. 90(33%) больных из дальнейших исследований исключены: 34(12,3%) – из-за осложнений и 56(20,3%) – из-за низкой эффективности операции. Среди оставшихся 185(67,2%) больных операция признана эффективной за счёт молодых возрастных групп, с исходным отсутствием МС, женского пола (ИМТ 32,9±0,3; Ка 4,32±0,08; НОМА 3,9±0,2). После ЛПРЖ эффект операции наступал с первых дней и снижался на 3-5 годы наблюдений. 93(22,6%) больных из дальнейших исследований исключены: 10(2,9%) – из-за осложнений и 83(20,2%) – из-за низкой эффективности операции. Среди оставшихся 318(77,3%) больных операция признана эффективной, в основном за счёт молодых возрастных групп, с исходным отсутствием МС (ИМТ 31,3±0,8; Ка 3,78±0,13; НОМА 3,7±0,3). После ЛЖШ и ЛБПШ эффект операций наступал с первых дней, к 1,5 годам достигал максимальных результатов и стабилизировался в дальнейшем. Осложнений после ЛЖШ было 9(3,5%), после ЛБПШ – 3(21,4%). После исключения из наблюдений больных с осложнениями, операция ЛЖШ эффективна в 244(96,4%) за счёт молодых групп (ИМТ 33,4±0,7; Ка 2,78±0,17; НОМА 3,5±0,7), а после ЛБПШ – в 100% случаев (ИМТ 36,6±1,6; Ка 6,41±0,33; НОМА 4,7±0,6). Все полученные данные - при $p < 0,005$. Таким образом, с учетом достигнутых результатов, при правильном выборе типа операции, в зависимости от каждого конкретного случая, эффективность операций в воздействии на основные составляющие МС высокая. Выводы. 1. Применение ЛРБЖ, в лечении МО и МС ограничено, качество жизни снижено. Максимальная эффективность у пациентов с ИМТ<43 кг/м², в молодых возрастных группах, среди женщин, без исходных признаков МС. 2. ЛПРЖ является альтернативой ЛРБЖ, с максимальной эффективностью среди молодых респондентов без МС, с исходным ИМТ ><48 кг/м². 3. Комбинированные операции – метод выбора в лечении МС.>

164. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С ИМТ < 35 кг/м²

Фишман М.Б. 1-5, Седов В.М.1, Кащенко В.А.3

Санкт-Петербург, Россия

1. Кафедра факультетской хирургии, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. «Клиника Куприна»; 3. МСЧ № 122 им. Л.Г.Соколова; 4. Клиника РАМИ.

Хирургическое лечение сахарного диабета 2 типа (СД 2) и нарушений толерантности к глюкозе (НТГ) у больных с ожирением постепенно становится рутинным. Стали появляться публикации о лечении СД 2 с ИМТ (индекс массы тела) ниже 35 кг/м² и у больных с нормальной массой тела, что требует осознания и дальнейшего изучения. Цель исследования. Изучение возможностей контроля над уровнем гликемии у больных с ИМТ ниже 35 кг/м² с помощью различных бариатрических вмешательств. Материалы и методы. Из оперированных в период 2004-2012 годы сформирована группа, состоящая из 12 больных с ИМТ < 35 кг/м² (28,5 – 34,2 кг/м²), которым выполнены различные бариатрические операции: ЛЖШ - у 2(16,6%), ЛПРЖ - у 7 (58,3%), ЛРБЖ - у 3(25%). ЛРБЖ выполнялось с применением так называемой «pars flaccida technique». ЛПРЖ - на 3-4 см проксимальнее привратника, по направлению к углу Гиса, на ширину калибровочного зонда, ЛЖШ - в модификации Lontron (алиментарная петля - 100, билиопанкреатическая петля - 50 см). После операции оценивались показатели: ИМТ, % ЕВМЛ, липидный спектр, глюкоза, инсулин, С-пептид, индекс НОМА, HbA1C. Исходный индекс НОМА до операции ЛЖШ соответствовал 8,3±1,5, до ЛПРЖ - 5,9±0,8, до ЛРБЖ - 4,5±0,3. Исходный HbA1C до ЛЖШ - 6,23±1,12, ЛПРЖ - 6,45±1,31, ЛРБЖ - 6,12±0,94. Максимально отдалённые сроки прослежены до 2,5 лет. Результаты. Эффект рестриктивных операций (ЛРБЖ и ЛПРЖ) в контроле над гликемией различен. После ЛРБЖ эффект наступает постепенно, стабилизируется к концу первого года наблюдения. У 1 (33,3%) исследуемых показатели нормализовались и у 2 - (66,7%) улучшились (за счёт молодых возрастных групп). Эффект операции ЛПРЖ в контроле над СД 2 наступал уже с первых дней после операции. К концу первого года наблюдения показатели стабилизируются. У 5 (71,4%) наблюдаемых основные показатели нормализовались, а у 2 (28,6%) улучшились. Эффект ЛЖШ в контроле над СД 2, наступал уже с первых дней после неё у 2(100%) оперированных. Индекс НОМА после операции ЛЖШ стал 2,8±0,7, после ЛПРЖ - 3,4±0,4, после ЛРБЖ - 3,7±0,2. HbA1C после ЛЖШ соответствовал 5,14±0,85, ЛПРЖ - 5,68±1,13, ЛРБЖ - 5,92±0,44 соответственно. Выводы. Эффективность операций различна, лучшие результаты у комбинированной операции. Бариатрические операции потенциально могут представлять интерес в лечении больных с СД 2 и НТГ при ИМТ < 35 кг/м² в тщательно подобранной группе, в частности при низком или неэффективном медикаментозном лечении. Однако более широкое применение методов требуют увеличение опыта и проведение дальнейших исследований.

165. РОБОТОТЕХНИКА В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ – ШАГ В БУДУЩЕЕ?

Фишман М.Б. 1;2, Гладышев Д.В. 2

Санкт-Петербург, Россия.

1. Кафедра факультетской хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. ГБ № 40.

Применение малоинвазивных технологий уже не вызывает сомнений. Начиная с 2000 года, с появлением системы да Винчи, роботизированная хирургия позволила выполнить много сложных операций, включая бариатрическую хирургию. В России применение этой технологии в бариатрической практике началось в 2013 году и является новым, что требует дальнейшего изучения. Цель исследования. Оценка возможностей применения робототехники в метаболической хирургии. Материал и методы. С августа 2013 по 2014 гг выполнено 13 операций с помощью технологии da Vinci. Операция ЛПРЖ выполнена в 10 случаях (3-роботоассистированная и 7 – роботическая) и ЛЖШ в 3 случаях (роботически. 2 – по стандартной методике и 1 – модифицированная). Конверсий и осложнений не было. При известных преимуществах, эндовидеохирургия имеет и ограничения, связанные со сложностью выполнения операций в «узких» пространствах, ограниченностью движений, зависящих от строения руки, утомляемость при сложных операциях и как результат – не всегда точное управление инструментами, двухмерная картинка и др. Несмотря на небольшой опыт, можно выделить основные преимущества роботизированной хирургии ожирения. Высшего качества 3-х мерное изображение, большая свобода движений хирурга, комфортность выполнения операций (после приобретения навыков и опыта), толщина передней брюшной стенки не влияет на технику оперирования («руки» робота легко преодолевают крутящий момент и легко преодолевают нагрузку на хирурга, испытываемую во время лапароскопических операций у больных с абдоминальным типом ожирения), облегчается доступ к труднодоступным местам (большая степень свободы инструментов) и др. Недостатками технологии является высокая себестоимость, большее количество применяемых портов, изначальные трудности с перемещением больших массивов тканей, отсутствие тактильной чувствительности, отличия в навыках, приобретённых в лапароскопии, необходимость в высокой квалификации первого ассистента и др., но с приобретением опыта, количество недостатков уменьшается (кроме себестоимости). Необходимо накопление опыта, проведение проспективных исследований отдалённых результатов.

166. ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ

Фишман М.Б. 1-5, Кащенко В.А.3, Гладышев Д.В.5

Санкт-Петербург, Россия.

1. Кафедра факультетской хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. «Клиника Куприна»; 3. МСЧ № 122 им. Л.Г.Соколова; 4. Клиника РАМИ; 5. ГБ № 40.

Среди основных составляющих метаболического синдрома (МС) дислипидемия (ДЛП) и ожирение являются ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, осложнения которых остаются основной причиной преждевременной смертности. К настоящему времени эффективность хирургической коррекции ДЛП и ожирения все еще широко дискутируются, что мотивировало проведение данного исследования. Оценка эффективности коррекции атерогенных ДЛП и ожирения с помощью современных хирургических методов. Для решения поставленной цели, из всех оперированных нами в период 2004-2012, сформирована группа, состоящая из 139 больных с исходным МС (ДЛП в сочетании с ожирением). Гипертриглицеридемия и гипоальфахолестеринемия, выявлены у 123 (88,5%) и 109 (78,4%) больных. Гиперхолестеринемия диагностирована у 89 (64%) пациентов. Выявленные нарушения липидного обмена свидетельствуют о высоком атерогенном потенциале больных с ожирением. В свою очередь, основная группа разделена по типу операций. ЛРБЖ выполнено у 79(58,6%) больных, ЛПРЖ - 27(19,4%), АЖШ - 22(15,8%) и ЛБПШ - 11(8%). Кроме этого, все больные разделена по возрасту (младше 40 лет (18-40 лет) и - старше 40 лет (41- 67 лет) и полу. Эффективность операций оценивалась исходно, через 3 месяца, год, три и пять лет после операции по маркерам: общий холестерин (ОХС), ТГ, липопротеиды различной плотности, коэффициент атерогенности (Ка), ИМТ и % ЕВМЛ. Операции выполнялись по стандартным методикам. Все результаты подвергнуты математико-статистическому анализу с использованием двух методических подходов: 1- построен на вероятностных методах и законах классической математической статистики, 2 - на апробированных методиках, связанных с пара- и непараметрической статистикой. Результаты. После операции ЛРБЖ полученные результаты свидетельствуют, что уровень ОХС в крови статистически значимо не изменяется ($p < 0,05$). У отдельных больных значения ОХС имеют обособленный характер, коррелируемый с величиной исходной массы тела. Данная закономерность является доминантной при анализе содержания ОХС у лиц в старшей возрастной группе ($p > 0,05$). Основываясь на зависимости ОХС от величины ЛПВП и ЛПОНП, отраженных в расчёте Ка, наблюдается отсутствие отличия от

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

распределения ОХС. Явления ДЛП в результате ЛРБЖ не устраняются. После операции ЛПРЖ ИМТ, ОХС и Ка, независимо от пола, в 3 месяца резко снижается с достижением максимума к 1 году наблюдений, затем (с 3 года) показатели ухудшаются, особенно у мужчин. Стабилизация липидного спектра не достигается. В тоже время, эффект операции обуславливает минимизацию ДЛП. Лучшие результаты достигнуты в молодых возрастных группах вне зависимости от пола. Самая высокая эффективность характерна комбинированным операциям, позволяющая минимизировать ДЛП у больных с МС, что позволяют рекомендовать их для хирургического лечения атерогенной ДЛП в сочетании с ожирением. С целью коррекции массы тела и ДЛП рестриктивные операции имеют ограничения к применению. Операция ЛЖШ обладает максимальной эффективностью в молодых возрастных группах, а ЛБПШ может являться операцией выбора у больных с крайними степенями ожирения и выраженной ДЛП.

167.ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Фишман М.Б. 1-5, Кащенко В.А.3, Гладышев Д.В.5, Хаммедова Г.Э.1

Санкт-Петербург, Россия.

1. Кафедра факультетской хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. «Клиника Куприна»; 3. МСЧ № 122 им. А.Г.Соколова; 4. Клиника РАМИ; 5. ГБ № 40.

В мире количество бариатрические вмешательства исчисляется сотнями тысяч. При высокой эффективности операций ЛПРЖ, ЛБПШ и ЛЖШ имеются и негативные последствия и побочные эффекты - значительно возрастает вероятность развития ГЭРБ, а при ее наличии, в сочетании с ГПОД или без нее, течение болезни усугубляется. Хирургическое лечение ГЭРБ/ГПОД предусматривает выполнение фундопликации, но применение известных методов невозможно из-за технических особенностей ее выполнения, что определило выполнение нашей работы. Цель исследования: Разработать пути профилактики развития/лечения ГЭРБ после бариатрических операций. В проведенном исследовании, среди оперированных больных в период 2004 - 2012 годы, сформирована группа из 480 случаев, которым выполнены три современные бариатрические лапароскопические операции: ЛПРЖ - 327(68,1%), ЛЖШ - 142(29,5%) и ЛБПШ - 11(2,3%). У 193(40,2%), до операции, установлен диагноз ГЭРБ, которая в 84(43,5%) случаях сочеталась с ГПОД. Дополнительно

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сформированы 4 группы: 1-я - 287(59,8%) больных, с исходным отсутствием признаков ГЭРБ, ГПОД (операции выполнялись по стандартной методике); 2-я - 84(17,5%), с исходными признаками ГЭРБ и ГПОД (операции выполнялись по стандартной методике, но дополнялись устранением диафрагмальной грыжи и крурорафией); 3-я группа - 109(22,7%), с исходными признаками ГЭРБ (операции выполнялись по стандартной методике); 4-я - 132(27,5%) случая, операции выполнялись по разработанной методике с формированием антирефлюксного клапана (АРК): ЛБПШ – в 4 случаях; ЛПРЖ - в 75; ЛЖШ – в 54. Разработанная методика операций в случаях наличия ГПОД и ГЭРБ дополнялась устранением грыжи, крурорафией и формированием АРК. Во всех остальных случаях, операция дополнялась формированием АРК. Отдалённые результаты прослежены за 3 года. При выполнении рассматриваемых операций по стандартной методике, нарушается анатомо-физиологический баланс в гастро-эзофагеальной области, с разрушением анатомических структур, играющих важную роль в формировании антирефлюксных механизмов. Создаются все условия, приводящие к развитию ГЭРБ, а при ее наличии – к усугублению проявлений. В результате, у больных, с изначальным отсутствием признаков ГЭРБ, после выполнения рассматриваемых бариатрических операций, в 51,5% случаев возникли признаки ГЭРБ. В 1-й группе, с первых дней после операций, у 148(51,5%) возникли признаки ГЭРБ. Во 2-й – 79(94%) и в 3-й – 97(89%) признаки ГЭРБ сохранились. В 4-й - признаки ГЭРБ возникли у 14(10,6%). Таким образом, модификация операций с формированием АРК являются патогенетически обоснованной и позволяют снизить развитие отрицательных эффектов и осложнений, возникающих при выполнении операций по стандартной методике. Операции ЛПРЖ, ЛЖШ, ЛБПШ, при типичной методике их выполнения, формируют предпосылки в развитии ГЭРБ, а применяемые методы профилактики/лечения, имеют низкую эффективность. Модифицированные операции, с формированием АРК, снижают вероятность развития ГЭРБ и могут рекомендоваться к широкому применению.

168. Хирургический контроль над уровнем гликемии – современная реальность ?!

Фишман М.Б. 1-5, Кащенко В.А.3, Гладышев Д.В.5

Санкт-Петербург, Россия.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1. Кафедра факультетской хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. «Клиника Куприна»; 3. МСЧ № 122 им. А.Г.Соколова; 4. Клиника РАМИ; 5. ГБ № 40.

Ежегодно количество впервые выявленных больных сахарным диабетом увеличивается на 7 млн. Человек (90% - с СД 2 типа). Применяемые методы консервативной терапии редко приводят к состоянию эугликемии. Хирургический контроль над уровнем гликемии у больных с ожирением, становится постепенно рутинным, что требует дальнейшего изучения. Цель исследования. Оценить возможность различных бариатрических вмешательств в контроле над уровнем гликемии. Для проведения данного исследования, из всех оперированных нами в период 2004-2012, сформирована группа, состоящая из 139 больных (105(75,5%) женщин и 34(24,5%) мужчины) с исходным МС, с нарушением углеводного обмена. Операция ЛРБЖ выполнена в 79 (56,8%) случаях, ЛПРЖ - у 27 (19,4%), ЛЖШ - 22 (15,8%), ЛБПШ - 11(8%). Выраженность нарушений углеводного обмена оценивали по критериям ADA (2004). Группа разделена по типу операций. Результаты оценивались по исходным данным, через 3 месяца, год, три и пять лет после операции. Кроме стандартного обследования, маркерами оценки эффективности операций были: С-пептид, HbA1c, глюкоза, инсулин, индекс НОМА, ИМТ, % EBMIL. В репрезентативных группах результаты оценивались с учетом возраста (до 40 и старше 40 лет). Удовлетворительными результатами считались достижение эугликемии, уровня HbA1c < 6,5% в течение 1 года после операции, а также снижению дозировки или отмене приёма пероральных препаратов и инсулина. Неудовлетворительные результаты - HbA1c > 6,5%, продолжение приёма препаратов, низкая эффективность операции (при сохраняющихся нарушениях уровня гликемии, ассоциированных с ожирением). Исходно индекс НОМА: ЛРБЖ - 11,85±6,36; ЛПРЖ - 19,67±7,85; ЛЖШ - 19,51±8,09; ЛБПШ - 32,39±4,8. ИМТ: ЛРБЖ - 43,58±6,13 кг/м²; ЛПРЖ - 52,98±9,71 кг/м²; ЛЖШ - 52,8±8,22 кг/м²; ЛБПШ - 58,2±12,27 кг/м². Все полученные результаты подвергнуты математико-статистической обработке. Результаты. Отмечалась общая положительная тенденция в контроле над уровнем гликемии, но эффект операций различен. Так, после ЛРБЖ эффект операции развивался постепенно, за счёт молодой возрастной группы, среди женщин и непосредственно коррелировался со степенью снижения массы тела. После ЛПРЖ, эффект операции наступал с первых дней после нее, что по всей видимости связано с резким (шоковым) ограничением поступления питательных веществ в организм и др. После 3-х лет результаты ухудшались среди старшей возрастной группы и коррелировались с исходной массой тела. Эффект операций ЛЖШ и ЛБПШ наступал уже с первых дней после операции, и был стабилен весь период наблюдений. Через 5 лет НОМА: ЛРБЖ - 11,59±6; ЛПРЖ - 7,34±5,76; ЛЖШ - 4,24±2,7; ЛБПШ - 3,99±0,72. ИМТ: ЛРБЖ - 37,5±5,26 кг/м²; ЛПРЖ - 31,28±10,1 кг/м²; ЛЖШ - 26,79±7,93 кг/м²; ЛБПШ - 24,8±6,9 кг/м². Таким образом, рестриктивные вмешательства в контроле над уровнем гликемии имеют значительные ограничения в применении, комбинированные операции - обладают высокой эффективностью. Бариатрические вмешательства, в правильно подобранной группе, могут контролировать уровень гликемии, с исключительной эффективностью комбинированных операций.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

169. Сравнительная оценка рестриктивных операций у больных с метаболическими нарушениями

Фишман М.Б. 1-5, Кащенко В.А.3, Гладышев Д.В.4

Санкт-Петербург Россия.

1. Кафедра факультетской хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; 2. «Клиника Куприна»; 3. МСЧ № 122 им. Л.Г.Соколова; 4. ГБ № 40; 5. Клиника РАМИ

В литературе имеются разнополярные противоречия в эффективности и показаниях к применению современных рестриктивных вмешательств на желудке, что являлось основанием к проведению наших исследований. Цель работы: Дать сравнительную оценку эффективности рестриктивных операций на желудке, улучшить результаты лечения больных с ожирением и метаболическим синдромом. Объектом исследования послужили 492 оперированных больных, в период с 2004-2012 годы. Мужчин 92(18,7%) и женщин 400(81,3%). С МС было 106 (21,5%) респондентов, без МС (с различной степенью ожирения) - 386 (78,4%). Возрастной и половой состав: до 40 и старше 40 лет. Все оперированные, разделены на 2 группы по типу операций. 1-я - 380 (77,2%) больных которым выполнена операция ЛРБЖ: с МС было 79(20,8%), без МС - 301(79,2%). 2-я - 112(22,7%) больных после ЛПРЖ: с МС - 27(24,1%), без МС - 85 (76%). Исследования проведены в зависимости от пола, возраста, в исходные сроки, в 3 месяца, год, три года и пять лет после операции по маркерам: ИМТ, %ЕВМІL, ОХС, Ка, липидный спектр, глюкоза, инсулин, С-пептид, HbA1c, индекс НОМА, цифры АД. Среди больных с МС, в обеих группах, из дальнейших исследований исключены 40(37,7%), без МС - 67 (17,3%) респондентов. После операции ЛРБЖ у больных с МС исключены 34(43%), у больных без МС - 58 (19,2%). После операции ЛПРЖ - без МС исключены 9(10,6%), с МС - 6(22,2%). Результаты подвергнуты математико-статистической обработке. Результаты. Эффективность операции ЛРБЖ среди больных без МС, с ИМТ ниже 43 кг/м², в молодой возрастной группы, с исходно увеличенными показателями, при эффективном снижении массы тела, показатели нормализовались со стабилизацией достигнутых результатов в дальнейшем. Выявлена закономерность, при которой больные с исходно высокими значениями, имеют худшие результаты. Больные молодой возрастной группы (при эффективном снижении массы тела), показатели улучшались в первый год наблюдений, однако в последующем имели тенденцию к ухудшению, что также коррелировалось с исходно высоким ИМТ. Операции ЛПРЖ среди больных без МС эффективна в возрастной группе

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

младше 40 лет в снижении массы тела, в коррекции гипергликемии и гиперхолестеринемии. Максимальная эффективность операции отмечается у больных, с исходной массой тела ниже ИМТ 48 кг/м², в молодых возрастных группах. Эффективности операции ЛПРЖ среди больных с МС с целью коррекции МС имеет ограничения в применении. Выявлена корреляция между исходной массой тела, возрастом, тяжестью заболеваний и воздействием операции на МС. В старших возрастных группах никаких значимых корреляций не выявлено. Показатели улучшаются ещё до снижения массы тела, что не позволяет рассматривать данную операцию только рестриктивной. Выводы: «Идеальным кандидатом» для ЛРБЖ – молодой больной женского пола без МС с ИМТ 43 кг/м² и <, «не сладкоежка», способный соблюдать необходимые рекомендации и быть готовым прибегнуть к более эффективной операции в последующем. «Идеальным кандидатом» для операции ЛПРЖ являются больные без МС, с ИМТ 48 кг/м² и ><, «не сладкоежки». У больных с МС с целью коррекции гипергликемии и ДЛП операция возможна у резидентов младше 40 лет, либо в качестве 1-го этапа последующей более эффективной операции.>

170. Результаты использования эндовидеохирургической и традиционной холецистэктомии у больных острым деструктивным холециститом в различных возрастных группах.

Уханов А.П., Чарчян Г.Л., Новожилов Е.В., Большаков С.В., Захаров Д.В.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

В период с 2007 по 2014 лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1185 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 95 лет. Среди оперированных больных старше 60 лет было 575 (48,5 %) человек, в том числе в возрасте от 61 до 70 лет было 233 (19,7 %), от 71 до 80 лет – 282 (23,8 %) и старше 81 года – 60 (5,1 %). В группе пожилых больных женщин было - 81,1 %, мужчин - было 18,9 %. Деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 422 больных (73,4 %). Большинство больных – 403 (70,1 %) поступили позже суток от начала заболевания. Основной причиной поздних поступлений (67,8 % от числа поздно поступивших) явились несвоевременное обращение за медицинской помощью и попытки самолечения. Диагностические ошибки на догоспитальном этапе,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послужившие причиной поздней госпитализации наблюдались 32,2 %, причем гиподиагностика острого холецистита вследствие ошибок работников скорой помощи отмечена у 12,6 % больных, врачей поликлиник - у 10,3 %, инфекционных стационаров - у 5,7 %, дежурных врачей приемных отделений - у 3,4 % больных. У 472 больных (82,1 %) были выявлены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, атеросклеротические поражения магистральных сосудов конечностей и др.). Помимо сердечно-сосудистой патологии у многих больных пожилого и старческого возраста отмечена комбинация 2-3 и более сопутствующих заболеваний, что создавало дополнительные сложности в их диагностике и лечении. Использовали активную хирургическую тактику, более 80 % больных оперировано в первые двое суток после госпитализации больных в стационар. Среди оперированных больных переход на традиционный доступ осуществлен у 24 больных (4,2 %). Причинами ее явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки у 16 больных (2,8 %), кровотечение у 5 (0,9 %), повреждение двенадцатиперстной кишки у 1 пациента (0,2 %), повреждения желчных протоков у 2 больных (0,3 %). Осложнения лапароскопической холецистэктомии в группе больных пожилого и старческого возраста отмечены у 48 больных (8,3 %), в том числе интраоперационные у 8 (1,4 %) и послеоперационные у 40 (7,0 %) пациентов. С целью изучения эффективности эндовидеохирургического лечения острого деструктивного холецистита у больных старших возрастных были изучены результаты лапароскопической холецистэктомии, проведенной у больных пожилого и старческого возраста в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами (392 больных) на желчном пузыре у больных острым деструктивным холециститом той же возрастной группы. Группы были сопоставимы по полу, давности заболевания, характеру изменений в желчном пузыре, сопутствующей патологии. Проведенные исследования показали, что активная хирургическая тактика и использование эндовидеохирургического метода лечения острого деструктивного холецистита у больных старших возрастных групп обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства, уменьшение числа послеоперационных осложнений (в 1,5 раза) и значительное снижение показателя послеоперационной летальности (более чем в 2 раза) по сравнению с открытым лапаротомным методом.

171. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Цеймах Е.А.(1)(I), Левин А.В.(2)(II), Синявин А.В.(1)(III), Зимонин П.Е.(1)(IV)

1) Барнаул, 2) Новосибирск

I)ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40;

II)ФГБУ «Научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России, г. Новосибирск: 630040, Новосибирская область,

В настоящее время буллезная болезнь лёгких (ББЛ) является главной причиной спонтанного пневмоторакса (СП) на долю которой приходится от 55 до 97,5% всех случаев возникновения первичного СП. Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных со СП на фоне ББЛ путем использования клапанной бронхоблокации свищевого бронха обратным эндобронхиальным клапаном. В основу данной работы положены результаты лечения 34 больных со спонтанным пневмотораксом на фоне ББЛ, находившихся на лечении в хирургических отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи г. Барнаул» с 2000 по 2013 гг. После поступления в клинику всем больным проводились лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию спонтанного пневмоторакса. При сохраняющемся сбросе воздуха по дренажам в течение 3-5 дней, вследствие функционирования бронхоплевральной фистулы, а также отсутствии тенденции к полному расправлению лёгкого, пациентам проводили клапанную бронхоблокацию обратным эндобронхиальным клапаном при бронхофиброскопии под местной анестезией. Результаты. Положительная рентгенологическая динамика (купирование и значительное уменьшение пневмоторакса) наблюдалась у 28 (82,4%) пациентов. Отрицательная рентгенологическая динамика (увеличение объёма пневмоторакса) наблюдалась у 4 (11,8%) пациентов. Сохранение пневмоторакса в прежнем объёме отмечено у 2 (5,9%) пациентов. Длительность окклюзии составила в среднем $40,6 \pm 8,4$ суток. Выводы. 1) Применение клапанной бронхоблокации является методом выбора в комплексном лечении не разрешающегося СП на фоне ББЛ. 2.) Использование окклюзии свищевого бронха обратным эндобронхиальным клапаном особенно показано у больных с двусторонним пневмотораксом, напряженным пневмотораксом, не устранимым дренированием плевральной полости, у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, когда традиционные методы лечения связаны с определенным риском для пациента.

172.Эндоскопические технологии при лечении острого холецистита, осложненного механической желтухой и панкреатитом

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

1)Харьков,2)Симферополь

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Острый холецистит (ОХ) занимает значительное место в структуре urgentной хирургической патологии органов брюшной полости. Лечебная тактика при холелитиазе и осложненном ОХ представляется наиболее спорной проблемой в желчной хирургии. Часто разногласия возникают при обсуждении вопросов целесообразности и допустимых сроков консервативной терапии у этой категории больных, а так же определения показаний к оперативному вмешательству, способу его выполнения и объему. Цель исследования – анализ результатов использования эндоскопических методов при лечении ОХ, осложненного механической желтухой и острым панкреатитом (ОП). Материалы и методы. Проанализированы результаты лапароскопических вмешательств, выполненных у 1968 больных ОХ обоего пола в возрасте от 19 до 87 лет. Из них острый простой холецистит имел место у 123 (6,3%), флегмонозный – у 1830 (93%), гангренозный – 15 (0,7%) больных. Механическая желтуха и ОП выявлены у 146 (7,5%) пациентов. Отечный ОП отмечен у 97 (4,9%), панкреонекроз – у 29 (1,5%) пациентов: до 30% – у 22, 30-50% – у 5 и более 50% – у 2 (по данным контрастно-усиленной КТ). Результаты. Комплексное лечение зависело от тяжести патологического процесса, выраженности обструктивной желтухи и/или острого холангита, данных неинвазивных и инвазивных методов до- и интраоперационной визуализации. Существующие разногласия о необходимости выполнения интраоперационной холангиографии (ИОХГ) позволили нам сгруппировать показания к ее выполнению: 1) группа без холедохолитиаза (46 больных) с ОП различной степени тяжести – ИОХГ не показана; 2) группа сомнительного холедохолитиаза (42 больных): умеренное расширение общего желчного протока (не более 1,0-1,2 см по данным УЗИ), уровень показателей общего билирубина не более 60 мкмоль/л, а степень снижения его в течение 48 час не менее 20% от первоначального значения при консервативной терапии, у которых в силу определенных обстоятельств ЭРХПГ выполнить не удавалось – ИОХГ показана; 3) группа достоверного холедохолитиаза (58 больных) по данным выполненной до операции ЭРХПГ – ИОХГ не показана. В первой группе производили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), сроки выполнения которой определялись морфологическими формой ОХ и ассоциированного ОП. Во второй группе выполнялась ЛХЭ с ИОХГ и наружным дренированием холедоха. Только в 7 случаях выявлен холедохолитиаз – в различные сроки после ЛХЭ этим больным была выполнена ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией. В третьей группе выполняли ЛХЭ с наружным дренированием холедоха, а эндоскопическую сфинктеротомию производили у большинства больных в отдаленные сроки после операции, что определялось динамикой течения патологического процесса. Известно, что существует риск развития инфицирования стерильного пери- и панкреатического некроза во время проведения эндоскопической сфинктеротомии, хотя сообщений в литературе по этому поводу недостаточно. При таких обстоятельствах мы ожидаем полного разрешения некроза после ЛХЭ и наружного

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дренирования холедоха до проведения эндоскопической сфинктеротомии (уровень рекомендаций В). Повторные вмешательства были произведены у 21 из 146 больных (14,8%): пункционные и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ в связи с острыми нагноившимися жидкостными скоплениями у 11, видеолапароскопическая некрэктомия в связи с развившемся инфицированным некрозом у 4, некрэктомия с дренированием клетчаточных образований из мини-доступа – у 3 и формирование оментобурстостомы с использованием поперечной лапаротомии – у 3 пациентов. Осложнения, возникшие после оперативных вмешательств у 12 больных (8,2%), были ликвидированы консервативными методами; летальность составила 1,4%.

173. Хирургическое лечение панкреонекроза с использованием минимально инвазивных технологий

И.А.Криворучко (1), Д.А.Смецков (1), В.А.Вовк (1), О.Ю.Гербали (2)

1)Харьков,2)Симферополь

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП), выбора лечебной тактики, высокая летальность определяют актуальность рассматриваемой проблемы. В 15-20% наблюдений выявляют деструктивный ОП, развитие вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) приводит к смерти 25-80% больных. Целью исследования явился анализ результатов лечения больных панкреонекрозом, основываясь на использовании классификации Атланты, пересмотр которой был предложен в 2012 г. рабочей группой. Материалы и методы. Выполнили поиск в базе одного учреждения с 01.1999 по 11. 2014 гг. у 445 больных с панкреонекрозом. Средний возраст больных 45,2 лет, 65% составили мужчины. Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопии, ЭРХПГ; ВПИ – на основании использования клинико-лабораторных данных и прокальцитонинового теста («BRANMS PCT-Q»), FNA. Больных распределяли в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2012 г. У ряда больных оценивались критерии Ranson's, Imrie's (шкала Glasgow), шкала APACHE II; шкала MODS Marshall's. Выделены 3 группы больных: первая - 105 (22,5%) больных, которых оперовали до 14 дня от момента заболевания; вторая – 232 (49,7%) больных, которых оперовали с 15 до 29 дня, третья – 130 (27,8%) больных, которых оперовали на 30 день или позднее. Результаты и их обсуждение. У 63 (13,5%) больных была средняя

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

степень тяжести состояния, у 389 (83,3%) – тяжелая и у 15 (3,2%) – критическая. Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем $12,3 \pm 1,3$ дней (диапазон 6-14); во второй – $22,3 \pm 1,8$ (диапазон 14-29); в третьей – $32,9 \pm 2,8$ (диапазон 30-46). Наибольшее число больных (82,2%) были оперированы в сроки от 15 дней и более от момента заболевания. «Закрытый» метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 167 (35,8%) больных: летальность составила 37,1%, повторные вмешательства были выполнены у 47,3% больных. У 171 (36,5%) больного использовался «открытый» метод с формированием оментобурсостомы в сочетании с люмботомией (одно- или двусторонней): летальность составила 20,5%, повторные вмешательства выполнены у 8,2% больных по поводу аррозивных кровотечений и кишечных свищей. Лечение ОП «по программе» с использованием лапаростомии при развитии ACS применено у 24 (5,1%) больных: летальность – 25%; осложнения – 75%. Видеоасситированная некроэктомиа выполнена у 17 (3,6%) больных: летальность – 11,8%, осложнения – 23,5%. Дренирование жидкостных образований: под контролем УЗИ – у 48 (10,3%) больных: летальность – 0%, осложнения – 7,5%; под контролем видеолапароскопии – у 22 (4,7%) больных: летальность – 13,6%, осложнения – 22,7%; наружное дренирование нагноившейся псевдокисты открытым способом произведено у 18 (3,9%) больных: летальность составила 16,7%, осложнения возникли у 44,4%. Выводы. Пересмотр классификации ОП (2012), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирургической тактики у больных ОП. Использование минимально инвазивных вмешательств лечения инфицированных жидкостных панкреатических/перипанкреатических жидкостных скоплений сопровождается меньшей летальностью. Отсрочка выполнения операций при развитии ВПИ в сроки 15-29 дней и 30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности ($r = -0,91$, $t = -17,7$, $p < 0,001$).

174. ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Власов А.П., Катков С.В., Анашкин С.Г., Куданкин Р.М., Власов П.А.

г.Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»

Проведены клиничко-лабораторные исследования больных острым холецистопанкреатитом. В первой группе больных острым

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

холецистопанкреатитом холецистэктомия при деструктивном холецистите выполнялась традиционным лапаротомным оперативным доступом, во второй группе – лапароскопически. Рандомизированный подбор больных в группы осуществлялся по возрасту, полу, характеру повреждений, общепринятым лабораторным показателям. Проведенная сравнительная клиничко-лабораторная характеристика больных не выявила при поступлении в клинику значительных различий в исследованных группах. Обследование больных обеих групп проводилось при поступлении и в динамике послеоперационного периода. Больным выполняли общеклинические, биохимические и специальные исследования. Нами установлено, что при поступлении в клинику у больных имелись выраженные расстройства гомеостаза, которые были сопряжены с продолжительностью патологического процесса и выраженностью воспалительных явлений в поджелудочной железе и желчном пузыре. Одним из показателей расстройств гомеостаза была эндогенная интоксикация, которая сопровождалась нарушениями липидного метаболизма, что нами выявлено по изменениям липидного состава плазмы крови и эритроцитов. Дизлипидные явления у больных острым холецистопанкреатитом сопровождалась интенсификацией процесса перекисного окисления липидов и значительным повышением активности фосфолипазы А₂. Хирургическое вмешательство в объеме холецистэктомии лапаротомным оперативным доступом и дренирования брюшной полости в первые сутки раннего послеоперационного периода приводило к более значимым расстройствам гомеостаза, в частности росту уровня токсических продуктов в плазме крови. Хирургическая травма приводила к большим изменениям липидного метаболизма. Подчеркнем, что нарушение липидного метаболизма в раннем послеоперационном периоде у больных острым холецистопанкреатитом сопровождалось большей активизацией процесса липопероксидации и повышением активности фосфолипазных систем. В этой группе в ряде случаев отмечено прогрессирование острого панкреатита. При миниинвазивных вмешательствах отмечены лучшие результаты лечения с сравнительно низкими гомеостатическими нарушениями. Одним из значимых положительных эффектов были меньшие оксидативные явления, что обуславливало сравнительно низкие мембранодестабилизирующие проявления. Следовательно, уменьшение хирургической агрессии, что в реальных условиях возможно путем применения малотравматичных оперативных вмешательств, является важнейшим компонентом предупреждения прогрессирования острого панкреатита при сочетанном деструктивном холецистите.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

175.СТВОЛОВАЯ ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА И ТОЩЕЙ КИШКИ

(1) Маскин С.С., (1) Фетисов Н.И., (2) Коровин А.Я., (1) Нагорнов А.В., (1) Нтире А., (1) Таджиева А.Р.

1.Волгоград, 2.Краснодар

(1) ГБОУ ВПО ВолГМУ, г. Волгоград, Россия.(2) ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар, Россия.

Цель. Оценить эффективность стволовой ваготомии и первый опыт малоинвазивной наддиафрагмальной стволовой ваготомии в лечении пептических язв гастроэнтероанастомоза и отводящей тощей кишки (ПЯА и ТК). В клинике госпитальной хирургии ВолГМУ с 1999 по 2014 гг. оперировано 25 пациентов с осложненными ПЯА и ТК, пенетрация язвы была у 10 больных, кровотечение у 11, перфорация у 4. Предоперационное обследование у больных с пенетрацией язвы и остановленным кровотечением включало ЭГДС с биопсией язв, слизистой гастроэнтероанастомоза, слизистой отводящей кишки и культи желудка, рентгенографию пищевода и культи желудка, интрагастральную компьютерную рН – метрию, УЗИ и/или КТ органов брюшной полости, исследование уровня гастрин крови. Выполнены следующие операции: резекция + поддиафрагмальная стволовая ваготомия - 10, иссечение язвы + поддиафрагмальная стволовая ваготомия - 10, трансторакальная наддиафрагмальная стволовая ваготомия через мини-доступ справа - 1, торакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия слева - 4. Результаты. В группе пациентов, перенесших резекцию желудка и поддиафрагмальную стволовую ваготомию с иссечением язвы, период восстановления трудоспособности составил $6 \pm 1,5$ месяца. Послеоперационный период пациентов, перенесших малоинвазивную наддиафрагмальную стволовую ваготомию, составил $2 \pm 0,5$ месяца; ближайший послеоперационный период протекал значительно легче. У большинства пациентов достигнута гистаминрезистентная ахлоргидрия, при контрольном рентгенологическом и эндоскопическом обследовании отмечено заживление язвы без нарушения эвакуации через анастомоз. Рецидивов ПЯА и ТК в течении 5 лет не выявлено. Резекция желудка в сочетании с поддиафрагмальной ваготомией показана при наличии суб- и декомпенсированного стеноза гастроэнтероанастомоза, особенно на фоне гипергастринемии и декомпенсации ощелачивающей функции. Стволовая поддиафрагмальная ваготомия с иссечением язвы предпочтительна при развитии жизнеугрожающих осложнений – перфорация и кровотечение, резистентное к эндоскопическому гемостазу. Стволовая торакоскопическая наддиафрагмальная ваготомия без вмешательства на язве может быть оптимальной при компенсированном стенозе или остановленном кровотечении на фоне сохраненной кислотопродукции при нормальном уровне гастринемии.

176. Лапароскопические вмешательства в лечении острой тонкокишечной непроходимости

Панченков Д.Н.(1,3), Кудрявцев П.В.(1,2), Лакунин К.Ю.(2), Курдо С.А.(2), Иванюгин В.А.(2), Иванов Ю.В.(1,3), Нечунаев А.А. (1,3)

Москва

1.МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России» 2.Центральная городская клиническая больница г.Реутова 3

В работе обобщён опыт 34 операций по поводу острой тонкокишечной непроходимости в период с июня 2009 по ноябрь 2013 гг. Цель работы: Изучить и обобщить собственный опыт выполнения лапароскопических вмешательств по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Было выполнено 34 операции по поводу острой тонкокишечной непроходимости. В 30 случаях причиной непроходимости были послеоперационные спайки, в 4-х случаях непроходимость была вызвана фитобезоаром. В 10 случаях выполнена лапароскопическая ликвидация острой спаечной тонкокишечной непроходимости, в 23 случаях выполнена лапаротомия с ликвидацией непроходимости (в 20 случаях – спаечной, в 3 случаях – вызванной фитобезоаром), в 1 случае выполнено лапароскопически ассистированное удаление фитобезоара с ликвидацией кишечной непроходимости. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков странгуляционной непроходимости пациентам проводилось динамическое рентгенологическое исследование с контрастным веществом (бариевая взвесь) – обязательно через 4 часа, далее в зависимости от рентгенологической и клинической картины. При отсутствии положительной клинической и рентгенологической динамики на фоне проводимого консервативного лечения в течение 4-24 часов пациентам выставлялись показания к выполнению экстренной хирургической операции. Полученные результаты: Выполнено 10 лапароскопических и 20 открытых операций по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости, 1 лапароскопически-ассистированная и 3 открытых операции по поводу тонкокишечной непроходимости, вызванной фитобезоаром. Критериями отбора пациентов для выполнения лапароскопического вмешательства были следующие: стабильное общее состояние при отсутствии признаков недостаточности основных органов и систем; отсутствие тяжелой сопутствующей патологии; наличие в анамнезе не более 1 широкой (более трети длины срединной линии) срединной лапаротомии. Преимущество отдавалось пациентам, перенесшим ограниченную по протяжённости лапаротомию (лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, Кохеру, Пфанненштилю). Уровень конверсии составил 23% - причиной конверсии в 2-х случаях стал выраженный спаечный процесс в брюшной полости с нарушением анатомической

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дифференцировки и рисков нарушения целостности кишки, в 1 случая – выявленный в процессе операции межкишечный абсцесс с перфорацией стенки тонкой кишки. Средняя продолжительность лапароскопического адгезиолизиса составила 68,1+26,7мин. Продолжительность операции открытого адгезиолизиса составила 144,2+50,7 мин. В группе пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство, было отмечено 1 осложнение – коагуляционный некроз стенки тонкой кишки, приведший к развитию послеоперационного перитонита, потребовавшего лапаротомии на 3-и сутки после первой операции и, затем, нескольких санационных релапароскопий с формированием лапаростомы. В группе пациентов, перенесших открытый адгезиолизис, у 2-х больных была отмечена послеоперационная подкожная эвентрация, у 1 больного развилась ранняя спаечная послеоперационная непроходимость. Во всех 3-х случаях потребовалась релапаротомия. Еще у 1 пациента было отмечено нагноение послеоперационной раны. Более дорогой по себестоимости является операция по лапароскопической ликвидации острой спаечной кишечной непроходимости, однако этот показатель оказался всего лишь на 5,2% выше показателя себестоимости открытой операции. Однако, судя по нашему опыту, пациенты, перенесшие лапароскопический адгезиолизис, могут быть выписаны из стационара на 4–5-е сутки, тогда как перенесшие открытое вмешательство не ранее 8-10-х суток. Исходя из этого, можно сделать вывод об экономической эффективности выполнения лапароскопических операций при острой тонкокишечной непроходимости в случаях, когда выполнение данной процедуры возможно.

177.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ГЕМОТОРАКСОМ

Фетисов Н.И., Маскин С.С., Фетисов А.Н., Ермолаева Н.К.

Волгоград

ГБОУ ВПО ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия.

Цель исследования. Оценить эффективность видеоторакоскопического лечения больных с осумкованным инфицированным гемотораксом. За период с 2004 по 2014 год в клиниках госпитальной хирургии ВолгГМУ пролечено 637 пациентов с различными осложнениями травмы органов грудной полости, у 254 осложненной развитием гемоторакса. Осумкованный инфицированный гемоторакс развился у 42 пострадавших после инфицирования свернувшегося гемо-торакса, в сроки от 10 до 27 дней после получения травмы; у 16 больных на фоне стойкого

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пневмоторакса, связанного со значительным повреждением паренхимы легкого, у 20 пациентов, на фоне множественных переломов ребер, имелся рецидивирующий гемоторакс за счет вторичной травмы плевры и межреберных сосудов отломками ребер, еще у 6 пациентов произошло инфицирование не разрешившегося на фоне дренирования остаточного гемоторакса. Средняя продолжительность консервативного лечения составила 12 дней, когда различные способы слепого дренирования и фибринолитическая терапия не принесли успеха. Оперативная видеоторакоскопия (ОВТС) применена у 28 пострадавших с травмой органов грудной полости, осложненной инфицированным гемотораксом. Средний возраст пострадавших составил $38,4 \pm 7,2$ лет. При ВТС оценивали распространенность и объем гемоторакса, с учетом сроков развития процесса исследование порой являлось эмпиемоскопией. После чего производили фрагментацию сгустка, аспирацию гноя и фибрина, разрушение интраплевральных осумкований, удаление инородных тел, промывание полости раствором гипохлорита натрия в концентрации 900-1200 мг/л., плеврэктомию, тотальную или частичную декорткацию легкого, вскрытие гематом мягких тканей и резекцию отломков ребер. Торакоскопию заканчивали направленным аспирационным дренированием в течении $4 \pm 1,5$ суток, затем, в зависимости от клинического течения, продолжали аспирационно-промывное или аспирационное дренирование. Результаты. В 27 (96,4%) случаях ОВТС была успешной. В 1 случае потребовалась конверсия в торакотомию, для выполнения резекции отломков ребер стандартной методикой. Осложнений не наблюдали. ОВТС легко выполняема, хорошо переносится пациентами, средняя длительность операции составила 60 ± 15 минут. При динамическом наблюдении с исследованием функции внешнего дыхания у 25 (92,5 %) пострадавших после ОВТС отмечены нормальные показатели, у 2 — умеренная обструкция и рестрикция. Оба пациента оперированы спустя 30 дней после получения травмы. Рецидивов гемоторакса и развития эмпиемы плевры не отмечено. Заключение. Использование ОВТС для лечения осумкованного инфицированного гемоторакса наиболее эффективно до развития острой эмпиемы плевры, в сроки до 3 недель с момента получения травмы, которая позволяет достичь успеха у 96,4 % пациентов, избежав торакотомии. Малоинвазивный доступ способствует выполнению операции с минимальным риском развития послеоперационных осложнений, сокращению времени пребывания в стационаре.

178. ПРОГРАММИРОВАННАЯ ВИДЕОЭМПИЕМОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Фетисов Н.И., Маскин С.С., Фетисов А.Н., Ермолаева Н.К.

Волгоград

ГБОУ ВПО ВолГМУ, г. Волгоград, Россия.

Цель. Оценить адекватность и эффективность программированной видеоэмпиоскопии в лечении острой посттравматической эмпиемы плевры. За период с 2004 по 2014 год в клиниках госпитальной хирургии ВолГМУ пролечено 52 пациента с развившейся острой посттравматической эмпиемой плевры (ОПЭП). У большего числа больных, 46 пациентов (88,4%) ОПЭП развилась в период лечения в общехирургических стационарах города Волгограда, длительность развития осложнения травмы груди составила от 20 до 35 суток. Причинами возникновения ОПЭП являлись: осумкованный инфицированный гемоторакс у 29 пострадавших; у 18 на фоне стойкого пневмоторакса, связанного со значительным повреждением паренхимы легкого; у 5 на фоне множественных переломов ребер, с рецидивом гемоторакса за счет вторичной травмы плевры и межреберных сосудов отломками ребер, с последующим инфицированием рецидивирующего гемоторакса. Видеоэмпиоскопия (ВЭС) при-менена у 24 пострадавших с ОПЭП, из них у 6 ОВТС имела характер программированной, до 4 программных ВЭС. Средний возраст пострадавших составил $46,8 \pm 2,2$ лет. Результаты. Средняя продолжительность консервативного лечения на фоне слепого дренирования плевральной полости составила 27,5 дня. При поступлении больным проводилась срочная ВЭС, во время которой оценивался объем и степень гнойного поражения, санация полости эмпиемы, определялись точки адекватного дренирования полости эмпиемы. При этом принципиально важным считаем создание единой полости с объединением всех гнойных затеков. При многокамерной полости эмпиемы создавали сообщения между полостями с последующим дренированием одним дренажом. При наличии тотальных и субтотальных эмпием накладывался сквозной дренаж с множеством отверстий, при этом нижнее отверстие располагалось как можно ближе к костальной плевре, в нижнем полюсе гнойной полости. В случаях сочетания ОПЭП с бронхоплевральными свищами устанавливали дополнительные дренаж с целью активной аспирации воздуха из плевральной полости, количество дренажей составило от 2 до 4. Правильная установка и фиксация дренажей занимали в среднем 46% операционного времени. В дальнейшем проводился активный рентгенологический и УЗИ мониторинг, ежедневный лаваж плевральной полости раствором гипохлорита натрия в концентрации 900-1200 мг/л 2 – 3 раза в сутки в объеме до 500 мл. В среднем сброс воздуха по дренажам составил $12 \pm 2,2$ дня. Средний срок госпитализации составил 42 дня. Шести пациентам проводились программированные ВЭС, от 2 до 4 ежедневно, показанием считали наличие «неудаляемых», плотно фиксированных во время первичных ВЭС наложений фибрина, несформированных участков некроза плевры, секвестрации плевральной полости. У 16 пациентов (66,7%) наступило полное выздоровление; у 6 (25%) пациентов отмечен значительный клинический эффект с закрытием полости эмпиемы, но с развитием выраженного пневмофиброза; у 2 (8,3%) больных сформировались бронхо-плевро-кожные свищи, что потребовало

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выполнения отсроченных операций, после ликвидации гнойного процесса в плевральной полости. Активный дифференциальный подход в методах дренирования гнойной полости при ОПЭП с использованием ВЭС позволяет получить хорошие результаты лечения. Использование программированной ВЭС показано при невозможности полноценной санации полости эмпиемы при первичной ВЭС.

179.Профилактика возникновения острого ЭРХПГ-индуцированного панкреатита на современном этапе развития эндоскопической чреспапиллярной хирургии

Быков М.И.,Петровский А.Н.

Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края

Несмотря на то, что эндоскопические чреспапиллярные вмешательства (ЭЧВ) давно зарекомендовали себя «золотым» стандартом в терапии пациентов с осложненной желч-нокаменной болезнью (ЖКБ) и механической желтухой, накопленный опыт говорит о сохраняющемся достаточно высоком проценте возникновения такого грозного послеоперационного осложнения, как острый ЭРХПГ-индуцированный панкреатит. Одно из крупных зарубежных рандомизированных исследований (Andriulli A. 2007, Willams E.J. 2007, Wang P. 2009), включавшее анализ выполнения 16000 ЭЧВ, показало процент развития острого панкреатита в 6,85% случаев, при этом летальность составила 0,33%. Цель и методы исследования: на основании собственного опыта выполнения ЭЧВ проанализировать процент развития острого панкреатита и сравнить полученные результаты с общелитературными данными. Ретроспективно проведен анализ выполнения ЭЧВ у 2200 пациентов за период 2010-2014 гг. Критерием исключения являлись больные, поступавшие в клинику с явлениями острого билиарного панкреатита. У 1893 (86,1 %) пациентов ЭЧВ проводились по поводу осложненной ЖКБ, у 221 (10 %) с целью желчной декомпрессии у больных с механической желтухой злокачественного генеза, третью группу составили 86 (3,9 %) больных с другими доброкачественными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, потребовавших выполнения ЭЧВ. В целях снижения риска развития панкреатита нами применялся определенный протокол ведения пациента, включавший

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

предоперационную подготовку, выполнение вмешательств в условиях общей анестезии, проведение интенсивной терапии в послеоперационном периоде, а также интраоперационный комплекс различных технических и тактических приемов, направленных на профилактику запуска этиопатогенетических факторов развития панкреатита. Результаты: в послеоперационном периоде транзиторная гиперамилаземия наблюдалась примерно одинаково во всех группах, в среднем в 15-21 % случаев. Клиника ЭРХПГ-индуцированного панкреатита, купированная консервативным лечением отмечалась чаще в первой и третьей группах - 93 (4,9 %) и 8 (9,2%) больных соответственно. Тяжелый острый панкреатит, потребовавший длительного пребывания больного в условиях реанимационного отделения или выполнения дополнительных хирургических вмешательств, возник в первой группе у 18 пациентов (0,95 %), во второй группе у двух (0,9 %) и в третьей группе у двух (2,3 %) больных. Летальный исход возник у 3 больных, что составило 0,13%. Заключение: полученные результаты показывают относительно низкий процент частоты встречаемости ЭРХПГ-индуцированного панкреатита в сравнении с общелитературными данными. По нашему мнению, единственным механизмом снижения уровня развития ОПП будет являться наличие строгих клинических показаний к выполнению ЭЧВ, совершенствование квалификации врачей, а также тщательное соблюдение алгоритма лечебно-профилактических мероприятий, в том числе с более широким применением современного эндоскопического инструментария.

180.Использование чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств при лечении внутрибрюшных послеоперационных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии

Криворучко И.А. (1), Балака С.Н.(1), Гербали О.Ю.(2)

Харьков (1), Симферополь (2)

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Последнее столетие характеризуется значительным развитием хирургических технологий лечения неотложных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные достижения медицины, релапаротомия является, согласно данным литературы, «вторым ударом» («second hit») в отношении организма больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

профилактикой послеоперационных осложнений, является минимизация объема вмешательства, направленных на их ликвидацию. Цель исследования. Оценить эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости. Материалы и методы. В 2008-2014 гг. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнено у 149 больных обоего пола в возрасте от 26 до 74 лет, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости (основная группа). Для сравнения эффективности лечения проведен анализ историй болезней 125 больных, у которых были выполнены повторные открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (группа сравнения). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, основным и сопутствующим заболеваниям, степени распространенности патологического процесса, тяжести состояния больных по шкале APACHE II. Пункционно-дренирующие вмешательства осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы «Philips HD-11 XE» с применением конвексного датчика частотой 2-5 МГц. Пункционные вмешательства осуществляли иглами фирм «Balton» и «Rusch» (16-20 G), а дренирование – с использованием дренажных комплектов «Balton» (6-16 F). Результаты и их обсуждение. Перед вмешательством определяли расстояние от поверхности кожи до полости, а также объем содержимого. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника и селезенки на пути движения иглы, а также визуализация сосудов являлись абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. Вмешательство всегда осуществляли методом «hands free», что позволяло проводить санацию прикрытых скоплений по криволинейной траектории. Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (14 больных). При этом аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии жидкостных скоплений объемом 500 мл и более, а также гнойных полостей, предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости. Время дренирования определялось строго индивидуально и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 16 (10,7%) больных основной группы, летальность до 30 суток составила 7%. В группе сравнения осложнения после выполнения релапаротомии возникли у 31 (24,8%) больных, летальность до 30 суток составила 20,8% ($p < 0,05$). Применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяет значительно снизить как частоту развития осложнений, так и уровень летальности.

181.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Рыбачков В.В., Васин А.Б.

Ярославль

Ярославский Государственный Медицинский Университет.ГБУЗ ЯО «Ярославская клиническая онкологическая больница»

Гастрэктомия занимает более 70% в структуре операций, применяемых при хирургическом лечении рака желудка, по-прежнему остающемся одним из самых распространенных онкологических заболеваний. Причем подавляющее число пациентов страдает рефлюкс-эзофагитом, демпинг-синдромом различной степени тяжести. Цель исследования: Улучшить процесс реабилитации и качества жизни пациентов после гастрэктомии. Материал и методы исследования: Проанализирован опыт лечения 563 пациентов на базе 1-ого хирургического отделения ГБУЗ ЯО «Ярославская клиническая онкологическая больница» Проведено эндоскопическое обследование, изучены морфологические изменения слизистой пищевода у 356 ранее оперированных больных в возрасте от 27 до 86 лет в период с 2003 по 2013 годы. Мужчин было 192 (53,9%), женщин – 164 (46,1%). Обследование проводилось в сроки от 3 месяцев до 1 года после хирургического вмешательства и включало в себя изучение жалоб, эзофагоскопию с прицельной биопсией. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита оценивали по Лос-анджелесской классификации. Морфологическая оценка состояния слизистой пищевода проводилась с использованием стандартных гистологических методик. По истечении 3-х месяцев жалобы характерные для рефлюкс-эзофагита предъявляли 64 (18%) случаев. При эндоскопическом исследовании в 41 (11,5%) случаев изменения слизистой расценены как рефлюкс-эзофагит А, в 27 (7,6%) – рефлюкс-эзофагит В и в 2 (0,6%) – рефлюкс-эзофагит С. Через 6 месяцев после гастрэктомии – жалобы предъявляли 32 (9%) пациента. При эндоскопическом обследовании в 24 (6,7%) выявлен рефлюкс-эзофагит А, в 11 (3,1%) – рефлюкс-эзофагит В, в 5 (1,4%) – рефлюкс-эзофагит С и в 1 (0,2%) – рефлюкс-эзофагит D. Через 1 год после операции увеличился удельный вес больных с эзофагитом С и D стадии до 16 (5,9%) и 9 (2,5%) соответственно. Морфологическая картина менялась в зависимости от степени выраженности эзофагита от лимфоидной инфильтрации до микроэрозий, дистрофических изменений, дегенерированных клеточных элементов, паракератоза, фиброзной ткани. В 21 наблюдениях у пациентов развилась тяжелая форма еюноэзофагеального рефлюкса, устойчивая к

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

консервативному лечению. В этой связи было выполнено хирургическое лечение в объеме реконструкции приводящей петли эзофаго-энтеро анастомоза, с формированием энтеро-энтеро анастомоза типа Ру. В послеоперационном периоде у 11 пациентов отмечена положительная динамика с полным купированием явлений эзофагита, у 3 пациентов степень эзофагита снизилась до степени А. В группе оперированных больных по поводу рефлюкс-эзофагита оценка качества жизни поднялась более чем в 2,2 раза. По нашему мнению пациенты после радикального лечения рака желудка нуждаются в медицинской реабилитации независимо от стадии заболевания, объема операции и сроков наблюдения.

182. Обоснование использования единого лапароскопического доступа при остром холецистите

Замятин В.А.(1), Фаев А.А.(2), Алексеев А.М.(2), Леонтьев А.С.(2).

Новокузнецк

1) МБАПУ "ГКБ№1", 2) ГОУ ДПО "НГИУВ"

Цели исследования: обоснование возможности использования единого лапароскопического доступа при остром холецистите. В анатомическом исследовании на 38 трупах оценивались параметры операционного доступа при лапароскопических холецистэктомиях. В сравнительном проспективном исследовании представлены ближайшие результаты выполнения холецистэктомий с применением единого лапароскопического доступа и традиционного лапароскопического доступа у 89 пациентов при остром холецистите, которые разделены на 2 группы соответственно способу выполненного вмешательства: В основную группу включены 47 пациентов, которым выполнена ЛХЭ из ЕЛД, в группу сравнения вошел 41 пациент, подвергнутый традиционной ЛХЭ. Средний возраст пациентов в группах составил $49,1 \pm 12,1$ и $49,5 \pm 14,4$ лет ($p = 0,8409$), продолжительность заболевания до операции была $51,1 \pm 35,0$ и $65,5 \pm 52,3$ часов ($p = 0,3754$), ИМТ - $29 \pm 4,5$ и $31,4 \pm 5,6$ кг/см² ($p = 0,0395$). В обеих группах преобладали женщины: 77,1% и 90,25% ($p = 0,1547$). Толщина стенки ЖП по данным УЗИ составила $3,9 \pm 1,6$ мм и $4,2 \pm 1,4$ мм ($p = 0,2139$), деструктивные формы ОХ отмечены в 10,4% и 12,2 % случаев соответственно ($p = 0,3754$) Перивезикальный инфильтрат мы отметили в 25% и 14,6% случаев ($p = 1,000$). Все больные в послеоперационном периоде получали инъекции трамадола. По данным анатомического исследования удаленность шейки желчного пузыря от умбиликального доступа составила в среднем $17,8 \pm 3,0$ см, что позволяет говорить о возможности

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

манипуляций на шейке стандартными прямыми лапароскопическими инструментами, введенными в установленный умбиликально порт X-Cone. При классической методике постановки инструментов угол операционного действия (УОД) составил $79,7 \pm 22,6^\circ$. Наиболее приближенным к нему и равным $75,7 \pm 14,0^\circ$ является УОД при постановке дополнительного троакара в эпигастрии. Несколько более острый УОД получается при постановке дополнительного троакара в правом подреберье – $52,8 \pm 19,3^\circ$. Различия в обоих случаях статистически достоверны. «Идеальная» ЛХЭ из ЕЛД выполнена нами в 18 (37,5%) случаях. Введение одного дополнительного троакара в основной группе потребовалось в 22 (45,8%) случаях, двух – в 4(8,3%) случаев. Средняя продолжительность вмешательства в основной группе составила $72,6 \pm 22,8$ минут против $67,9 \pm 28,8$ минут в группе сравнения ($p = 0,1848$). Интраоперационные осложнения в основной группе отмечены в 16 (33,3%), что обусловлено высокой частотой перфораций измененной стенки желчного пузыря при тракциях, в контрольной группе интраоперационные осложнения (перфорации стенки ЖП и кровотечения) отмечены в 10(24,3%)($p = 0,4835$). Послеоперационные осложнения развились в 2 (4,1%) и 5(12,1%) случаях соответственно ($p = 0,3417$). Повреждений внепеченочных желчных протоков в обеих группах не было. Послеоперационный болевой синдром был достоверно менее выражен в основной группе, составив в первые сутки $3,3 \pm 2,2$ и $3,8 \pm 2,1$ балла ($p = 0,0002$), во вторые сутки $2,2 \pm 1,7$ и $3,0 \pm 1,7$ ($p < 0,0001$), в третьи сутки $1,6 \pm 1,5$ и $2,0 \pm 1,5$ ($p = 0,0004$). Введение анальгетиков требовалось в течение $2,3 \pm 0,8$ дней, в группе сравнения – $2,8 \pm 0,9$ ($p = 0,0128$), выполнено $3,8 \pm 2,4$ инъекции анальгетика в основной группе и $6,1 \pm 2,8$ – в группе сравнения ($p = 0,0006$). Выводы. 1. По данным анатомического исследования шейка желчного пузыря во всех случаях доступна для манипуляций при использовании ЕЛД, введение дополнительного троакара в эпигастрии и правом подреберье приближает параметры доступа к оптимальным. 2. Холецистэктомия из единого лапароскопического доступа является сравнительно безопасной и выполнимой методикой. Результаты её применения при остром холецистите сопоставимы с таковыми при традиционной ЛХЭ. 3. Использование ЕЛД при остром холецистите сопровождается статистически достоверно менее выраженным послеоперационным болевым синдромом и позволяет снизить потребность в анальгетиках в послеоперационном периоде.

183.ОДНОПОРТОВАЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ И ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ С РИГИДНОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТЬЮ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ЖЕСТКОВ К.Г.(1,2), БАРСКИЙ Б.Г.(1,2), КУЗНЕЦОВА О.А. (2), БЫКОВ А.Н.(2), ЯДУТА Р.Т.(1,2), МАЗУРОВА О.А.(1,2), РАЗОРЕНОВ В.Ю.(1,2)

Москва

1) Российская Медицинская Академия Последипломного Образования 2) Городская клиническая больница № 50

При хирургическом лечении хронических ограниченных эмпием плевры основная проблема связана с формированием плевропневмофиброза, требующего травматичной "открытой" операции плеврэктомии и декорткации ригидного легкого. Дренаживание этих полостей неэффективно ввиду невозможности расправления легкого. Нами разработан способ, позволяющий совместить преимущества торакоскопических санаций и надежности "открытого" ведения ран на основе метода управляемого отрицательного давления. При КТ определяем локализацию полости эмпиемы и размечаем на коже границы. При наличии бронхоплевральных свищей предварительно производим временную эндобронхиальную окклюзию несущих свищи сегментарных бронхов. По нижней границе полости эмпиемы формируем миниторакостому длиной 3-5 см с резекцией фрагмента ребра. Через сформированную торакостому осуществляем торакоскопическую санацию плевральной полости с удалением фибринозных и некротических масс, бактериологической и морфологической верификацией диагноза, формированием монополости, ультразвуковой кавитацией. Санированную таким образом полость рыхло заполняем антимикробной марлей, торакостомическое отверстие тампонируем губкой с активированным углем. Дренаж 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. После первой перевязки устанавливаем разрежение 80-90 мм. рт. ст., после второй перевязки используем переменный режим для ускорения грануляций. При последующих перевязках (на 3-5 сутки) выполняем торакоскопическую ревизию и санацию. После очищения и уменьшения полости эмпиемы закрываем сформированную торакостому местными тканями. К настоящему времени располагаем опытом лечения 4-х пациентов по указанной методике. Средние сроки лечения составили в среднем 19 дней, количество перевязок составило 4-6 на каждого пациента, размер полости уменьшался в два раза при каждой последующей перевязке (после 30-50 см³ полость практически не уменьшалась). Начиная с 3-ей перевязки в посевах из плевральной полости патогенной флоры не обнаруживалось. Обсуждение: При рыхлом тампонировании полости за счет высокого разрежения происходит постепенная реэкспансия легкого со значительным уменьшением объема остаточной полости при каждой последующей перевязке. Сочетание тампонирования с вакуумом также препятствует формированию новых фибринозных наложений в полости. При излишне рыхлом тампонировании возможен разрыв легочной паренхимы, а при тугом тампонировании размер полости будет недостаточно быстро уменьшаться в размерах, поэтому исходим из эмпирического расчета 1 салфетка на 100 см³ объема

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

полости. Предложенный метод позволяет совместить преимущества открытых методов лечения эмпиемы с высокой эффективностью вакуум-терапии и характеризуется уменьшением сроков лечения в сравнении с традиционными методами, малой травматичностью, низкими трудозатратами хирургического персонала, хорошим функциональным и косметическим результатом.

184. Малоинвазивные технологии хирургического лечения лейомиомы пищевода.

Е.И.Сигал, И.В.Федоров, Р.Е.Сигал, В.И.Федоров, Т.Л. Шаратов.

Казань

КГМА

Лейомиома пищевода - наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью пищевода (60—70 % от всех доброкачественных новообразований). Лейомиомы обычно исходят из мышечной оболочки пищевода, значительно реже из собственной мышечной пластинки слизистой оболочки или гладкомышечных элементов сосудистой стенки. Длительное время лейомиомы протекают бессимптомно. При значительных размерах опухоли или при ее циркулярном росте заболевание протекает с явлениями дисфагии. Единственным методом лечения лейомиом пищевода является их хирургическое удаление. В последнее время в связи широким внедрением в хирургическую практику малоинвазивных технологий, появляются сообщения о их применении при лечении лейомиом пищевода. Цель: Оценить эффективность торакоскопических и лапароскопических доступов в хирургическом лечении лейомиом пищевода различной локализации. На базе РКОД МЗ РТ с 1988 по 2014 гг. было прооперировано 48 пациентов с диагнозом лейомиома пищевода. Были применены следующие доступы при оперативном вмешательстве: Видеоторакокопия (ВТС) 14 (29,2%), торакотомия (ТТ) 18 (37,2%), видеолапароскопия (ВАС) 12 (25%), лапаротомия (ЛТ) 2 (4,2%), цервикотомия 1 (2,1%), эндоскопическая энуклеация опухоли 1 (2,1%). Средний возраст больных составил 48,1 (26-74). Отмечено преобладание лиц мужского пола (мужчин – 26, женщин – 22). Показаниями к оперативному вмешательству больных с подслизистыми образованиями пищевода разной локализации явились: наличие таких симптомов как дисфагия, одинофагия, боли за грудиной. ВТС было выполнено 14 пациентам, из них у 2х пациентов (14,3%) опухоль локализовалась в в/3 грудного отдела пищевода, у 9 пациентов (64,3%) в с/3 грудного отдела

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пищевода, у 3х пациентов (21,4%) в н/3 грудного отдела пищевода. ТТ была выполнена 18 пациентам из них у 2 пациентов (11,1%) опухоль находилась в в/3 грудного отдела пищевода, у 15 пациентов (83,3%) в с/3 грудного отдела пищевода у 1 пациента (5,6%) в н/3 грудного отдела пищевода. ВАС выполнено 12 пациентам, у всех пациентов был выставлен диагноз лейомиома н/3 грудного отдела пищевода. ЛТ была выполнена 2 пациентам (4,2%) с диагнозом лейомиома н/3 грудного отдела пищевода. Средняя продолжительность операции из ВТС доступа составила 95 минут (+7,5), из ТТ доступа 85,3(+10,1) минуты, из ВАС доступа 105,8 (+13,8) минут, ЛТ 125 минут. Среднее число койко-дней проведенных в реанимации составило у пациентов с ВТС доступом 0,6 (+0,2) дня, ТТ доступом 2,1(+0,4) день, ВАС доступом 0,5 (+0,151) дней, ЛТ доступом 2,5 дня. Средняя продолжительность дренирования составила при ВТС доступе 3,1 день(+0,7), ТТ доступе 4,7 дней(+0,4), ВАС доступе 1,9 дней(+0,5), ЛТ доступе 4 дня. Среднее кол во отделяемого при ВТС 165,4 мл (+55,8), ТТ – 780,3 мл. (+118,2), ВАС – 17,3 мл. (+12,2), ЛТ – 400 мл. отделяемого. Среднее количество наркотических анальгетиков (НА) введенных одному больному, перенёшему торакотомию или лапаротомию продолжается в среднем в течении 3х суток и составляет 4,2 мл, больным после малоинвазивной энуклеации лейомиомы введение НА требуется в среднем 1 сутки и составляет 1,2 мл. Интраоперационных осложнения не было. Летальных исходов не было. Размеры опухоли более 5 см у 3х пациентов, явилась причиной конверсия из ВТС доступа в ТТ. У одного пациента новообразование было интимно связано с трахеей прорастающая из подслизистого слоя пищевода, решено выполнить экстирпацию пищевода. У 1го пациента опухоль интимно прилежала к v.azygos и корню легкого, из доступа ВТС вена пересечена, из за близости корня легкого решено выполнить ТТ, опухоль вылучена без перфорации стенки пищевода. У 2х пациентов была выполнена конверсия из ВАС доступа в ЛТ из за выраженного спаечного процесса. Кормление пациентов начинают при наличии перистальтики, таким образом, использовании малоинвазивного доступа обычно это происходит на 1ые сутки, при открытых операциях перистальтическая деятельность кишечника начинается на 3е сутки и более. Выводы: - использование малоинвазивного доступа при хирургическом лечении лейомиом обладает рядом преимуществ перед открытыми операциями: сокращается количество койко-дней проведенных пациентом в реанимации, сокращается количество отделяемого по дренажам, тем самым и продолжительность дренирования. - реабилитация пациентов прооперированных из ВТС и ВАС доступов происходит значительно быстрее, чем у больных прооперированных из ЛТ и ТТ доступов ввиду существенного сокращения потребления наркотических анальгетиков, а также быстрого восстановления перистальтики, что приводит к ранней активизации пациента.

185. Сравнительный анализ горячей щипцовой и холодной петлевой полипэктомий на органах ЖКТ

Р.А.Баширов

Москва

МГМСУ

Основным показанием для использования монополярных горячих биопсийных щипцов в лечебной эндоскопии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является необходимость одновременной коагуляции и биопсии крошечных полипов (< 5 мм). Некоторые авторы утверждают, что полипэктомии с помощью горячих биопсийных щипцов на органах ЖКТ следует избегать, так как при применении этой техники сохраняется остаточная опухолевая ткань на месте удаления, а патоморфологическое исследование удаленных образцов очень затруднено тепловыми артефактами. Другие нашли метод безопасным. Они утверждают, что эта техника, используя для удаления крошечных полипов, гарантирует аблацию любой остаточной ткани, что минимизирует рецидив. Цель исследования — сравнительная оценка результатов полипэктомий с помощью горячих биопсийных щипцов и механических (холодных) полипэктомий с использованием мини-петли на органах ЖКТ. Материалы и методы. В основу исследования положен анализ результатов эндоскопических полипэктомий на органах ЖКТ, выполненных в период с января 2007 года по декабрь 2013 года. Первую группу (I) составили 201 (61,66%) пациент, у которых механически с помощью мини-петли без применения электрохирургического тока было удалено 264 полипа. Во вторую группу (II) вошли 125 (38,34%) больных, у которых электроэксцизия 272 полипов выполнялась с использованием щипцов для горячей биопсии при подаче тока в смешанном режиме "Blend 1" (модулированная форма волны с 25%-ым рабочим циклом, электрохирургический блок Olympus UES-30) мощностью 25 Вт. Группы пациентов были однородны по характеру сопутствующей патологии, по размерам и локализации удаляемых полипов. Всем пациентам, получавшим антиагрегантную и антикоагулянтную терапии, эндоскопические вмешательства выполнялись в соответствии с рекомендациями Европейского Общества Гастроинтестинальной Эндоскопии "Endoscopy and antiplatelet agents. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline". Результаты. У 201 пациентов I группы было удалено 264 полиповидных образований ЖКТ, размеры которых составили от 3 до 13 мм (основная часть полипов более 5 мм по различным причинам была случайным образом механически срезана петлей при намеченной электроэксцизии). После механической полипэктомии непосредственное кровотечение развилось у 30 (14,93%) больных после удаления 30 (11,36%) полипов. Отсроченного кровотечения и перфорации у пациентов I группы не наблюдалось. Все кровотечения были успешно остановлены эндоскопически. Во II группе у 125 пациентов было удалено 272 новообразований ЖКТ, размеры которых составили от 3 до 12 мм (полипы

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

размерами 4 - 5 мм, как правило, в нашей работе подвергались холодной резекции с использованием мини-петли, горячие биопсийные щипцы с большой осторожностью использовались для удаления этих и большего размера полипов, когда они были труднодоступны для петли). Непосредственное кровотечение развилось у 3 (2,4%) больных после электроэксцизии 3 (1,1%) полипов. Отсроченное кровотечение в этой группе отмечено у 2 (1,6%) пациентов после удаления 2 (0,74%) полипов в сроки от 10 до 12 дней. Перфораций не наблюдалось. Все осложнения были успешно разрешены эндоскопически. Анализ полученных данных демонстрирует статистически значимое увеличение непосредственных постполипэктомических кровотечений в I группе пациентов после холодной резекции полиповидных образований желудочно-кишечного тракта мини-петлей (11,36% против 1,1%, $p < 0,01$). Однако, в этой связи надо отметить, что все 29 эпизодов кровотечения в виде капельного подтекания крови после механического удаления полипов менее 8 мм саморазрешились без применения эндоскопического гемостаза и в дальнейшем не рецидивировали. Этот факт говорит о безопасности использования данного метода для удаления полипов менее 8 мм. Гистологический материал по результатам исследования был информативен в 100% полипэктомий у пациентов I группы и малоинформативен или не информативен в 16,17% (44) электроэксцизий у пациентов II группы. Выявлено статистически значимое увеличение процента неинформативного гистологического материала после электроэксцизий щипцами для горячей биопсии (16,17% против 0, $p < 0,01$). При проведении контрольных исследований на третьи сутки после эндоскопического вмешательства пациентам II группы нами было выявлено, что на месте удаления в 10% полипэктомий горячими биопсийными щипцами сохраняется остаточная опухолевая ткань. Этот факт является серьезной причиной для ограничения использования щипцов для горячей биопсии в эндоскопической практике. Выводы. Холодная щипцовая полипэктомия применима для удаления полипов размерами менее 4 мм, так как холодными щипцами не всегда удается удалить одномоментно даже маленький полип, а незначительное кровотечение после первого укуса может скрыть оставшуюся аденоматозную ткань. Методика механического удаления сидячих полипов ЖКТ менее 8 мм с использованием полипэктомической петли является безопасной и предпочтительной. Полипэктомий с помощью горячих биопсийных щипцов следует избегать, так как при использовании этой техники сохраняется остаточная опухолевая ткань на месте удаления в 10% случаев, а гистологическое исследование удаленных образцов очень затруднено тепловыми артефактами по сравнению с холодной (механической) резекцией мини-петлей. Щипцы для горячей биопсии стоит использовать с большой осторожностью только в тех случаях, когда полипы ЖКТ труднодоступны для полипэктомической петли.

186. НЕКОТОРЫЕ ОСНОВЫ ПРЕИМУЩЕСТВ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Власов А.П., Катков С.В., Анашкин С.Г., Куданкин Р.М., Власов П.А.

Саранск

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Проведены клинико-лабораторные исследования больных острым холецистопанкреатитом. В первой группе больных острым холецистопанкреатитом холецистэктомия при деструктивном холецистите выполнялась традиционным лапаротомным оперативным доступом, во второй группе – лапароскопически. Рандомизированный подбор больных в группы осуществлялся по возрасту, полу, характеру повреждений, общепринятым лабораторным показателям. Проведенная сравнительная клинико-лабораторная характеристика больных не выявила при поступлении в клинику значительных различий в исследованных группах. Обследование больных обеих групп проводилось при поступлении и в динамике послеоперационного периода. Больным выполняли общеклинические, биохимические и специальные исследования. Нами установлено, что при поступлении в клинику у больных имелись выраженные расстройства гомеостаза, которые были сопряжены с продолжительностью патологического процесса и выраженностью воспалительных явлений в поджелудочной железе и желчном пузыре. Одним из показателей расстройств гомеостаза была эндогенная интоксикация, которая сопровождалась нарушениями липидного метаболизма, что нами выявлено по изменениям липидного состава плазмы крови и эритроцитов. Дизлипидные явления у больных острым холецистопанкреатитом сопровождалась интенсификацией процесса перекисного окисления липидов и значительным повышением активности фосфолипазы А2. Хирургическое вмешательство в объеме холецистэктомии лапаротомным оперативным доступом и дренирования брюшной полости в первые сутки раннего послеоперационного периода приводило к более значимым расстройствам гомеостаза, в частности росту уровня токсических продуктов в плазме крови. Хирургическая травма приводила к большим изменениям липидного метаболизма. Подчеркнем, что нарушение липидного метаболизма в раннем послеоперационном периоде у больных острым холецистопанкреатитом сопровождалось большей активизацией процесса липопероксидации и повышением активности фосфолипазных систем. В этой группе в ряде случаев отмечено прогрессирование острого панкреатита с трансформацией в панкреонекроз. При миниинвазивных вмешательствах отмечены лучшие результаты лечения с сравнительно низкими гомеостатическими нарушениями. Одним из значимых положительных эффектов были меньшие оксидативные явления, что обуславливало сравнительно низкие мембранодестабилизирующие проявления. Следовательно, уменьшение хирургической агрессии, что в реальных условиях возможно путем

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

применения малотравматичных оперативных вмешательств, является важнейшим компонентом предупреждения прогрессирования острого панкреатита при сочетанном деструктивном холецистите за счет снижения проявлений триггерных механизмов мембранодеструктивного процесса.

187. Собственный опыт применения лапароскопического доступа в лечение урологических заболеваний с оценкой клинических результатов, длительности освоения и экономической эффективности

Баранов А.В.(1,2), Биктимиров Р.Г.(3), Хатьков И.Е.(1,3), Панченков Д.Н.(1,2), Пархонин Д.И.(3), Бехтева М.Е.(1,2)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 2) ФНКЦ ФМБА России 3) КБ №119 ФМБА России

С конца 20 века в клиническую практику стали активно внедряться лапароскопические методы лечения. Сегодня лапароскопический доступ является методом выбора при многих хирургических заболеваниях. В условиях модернизации здравоохранения наряду с клинической эффективностью все большую значимость приобретают экономические аспекты лечения. С целью оценки клинических результатов, длительности освоения и экономической эффективности применения лапароскопии в урологии, нами был проведен анализ собственного опыта применения лапароскопических операций в урологии. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 588 лапароскопических операций выполненных в период с 2006 года по 2014 год. В исследование вошли: лапароскопическая нефрэктомия-256 операций, лапароскопическая резекция почки-64 операции, лапароскопическая пиелопластика-71 операция, лапароскопические операции на средней трети мочеточника-55 операций, лапароскопический уретероцистанастамоз- 6 операций, лапароскопическая простатэктомия- 108 операций, лапароскопическая аденомэктомия- 28 операций. В исследовании подверглись анализу следующие параметры: время операции, время освоения, процент конверсий доступа, процент осложнений, экономическая эффективность. Время освоения определялось путем подсчета времени необходимого для достижения среднего времени операции сходного со средним временем выполнения открытого эквивалента. Экономическая эффективность анализировалась путем сравнения с открытым эквивалентом операции. Результаты. Лапароскопическая нефрэктомия: среднее время операции составило $177,57 \pm 62,28$ минут, время освоения 3 года, процент конверсий

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

доступа 8,2%, процент осложнений 4,7%, экономическая эффективность 1,4. Лапароскопическая резекция почки: среднее время операции составило $213,56 \pm 65,49$ минут, время освоения 5 лет, процент конверсий доступа 4,7 %, процент осложнений 14,06 %, экономическая эффективность 1,3. Лапароскопическая пиелопластика: среднее время операции составило $201,73 \pm 84,4$ минут, время освоения 5 лет, процент конверсий доступа 0%, процент осложнений 7,4%, экономическая эффективность 1,7. Лапароскопические операции на средней трети мочеточника: среднее время операции составило $145,57 \pm 54,73$ минут, процент конверсий доступа 0%, процент осложнений 3,63%, экономическая эффективность 1,2. Лапароскопический уретероцистанастомоз: среднее время операции составило $270,83 \pm 55,8$ минут, время освоения - нет, процент конверсий доступа 0%, процент осложнений 0 %, экономическая эффективность - нет. Лапароскопическая простатэктомия: среднее время операции составило $270,11 \pm 92,52$ минут, время освоения 5 лет, процент конверсий доступа 0,93%, процент осложнений 24,07%, экономическая эффективность -1,4. Лапароскопическая аденомэктомия: среднее время операции составило $196,67 \pm 31,17$ минут, процент конверсий доступа 3,57%, процент осложнений 7,14%, экономическая эффективность 0. Необходимо отметить, что большинство конверсий доступа выполнялись на этапе освоения лапароскопического доступа. По мере совершенствования техники выполнения лапароскопических операций удалось существенно снизить время операции и количество осложнений. Заключение. На основании проведенного анализа подтверждена целесообразность выполнения лапароскопических операций с клинической точки зрения. При уверенном владении лапароскопией, период обучения новым лапароскопическим операциям сопоставим с периодом обучения открытым операциям. Применение лапароскопии является эффективным с экономической точки зрения. Стоит отметить, что медицинские центры, активно использующие минимально-инвазивные методы лечения, являются более привлекательными для коммерческой категории пациентов.

188.Транспапиллярное дуоденобилиарное и чрескожное дренирование для восстановления желчеоттока при механической желтухе, обусловленной поражением головки поджелудочной железы.

Криворучко И.А. (1), Тесленко С.Н. (1), Гербали О.Ю. (2), Тесленко Н.Н (1), Шадрин О.В. (3)

Харьков (1, 3), Симферополь (2)

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Харьковский национальный медицинский университет (1), Крымский государственный медицинский университет (2), Областная клиническая больница, Харьков (3)

В последнее время в лечении больных с механической желтухой различной этиологии все чаще предпочтение отдается малоинвазивным, в том числе и эндоскопическим способам восстановления желчеоттока как самостоятельным лечебным процедурам, так и этапным, предшествующим выполнению лапароскопических или традиционных операций, а также способами, корригирующими ранние и поздние осложнения последних. Целью исследования была оценка эффективности транспапиллярного и чрескожного восстановления желчеоттока при механической желтухе опухолевой и неопухолевой этиологии, обусловленной поражением головки поджелудочной железы. Материалы и методы. Минимально инвазивные методы восстановления желчеоттока при механической желтухе были предприняты у 134 больных обоего пола в возрасте от 37 до 92 лет, которые были оперированы в 2011-2014 гг. Рак головки поджелудочной железы (ПЖ) был у 103 (76,9%), хронический панкреатит (ХП) – у 31 (23,1%). Кроме общих клинических методов исследования крови и мочи, биохимического исследования, анализа коагулограммы, большинству больных выполнялось исследование онкомаркеров (РЭА, СА 19-9, СА 15-3) в зависимости от полученных данных УЗИ, СКТ (с/без контрастирования), ФГДС, ЭРХПГ, МРТ. Предпочтение при формировании холецистостомы у больных со злокачественной желтухой отдавали видеолапароскопии, при которой имелась возможность не только выполнить дренирование желчных путей, но и провести диагностические манипуляции. Транспапиллярное стентирование выполняли с помощью пластиковых стентов после предварительной папиллосфинктеротомии и в большинстве случаев при первичном дренировании устанавливали один крупнокалиберный стент (10-12 Fr). Также декомпрессию билиарной системы осуществляли под контролем УЗИ или из мини-доступа в правом подреберье под местной анестезией с использованием катетера Фолея и, особенно у больных, перенесших ранее оперативные вмешательства на верхнем этаже брюшной полости. Результаты исследования. Острую желтуху наблюдали у 47 (35,1%), острую затянувшуюся у 29 (21,6%) и хроническую у 58 (43,1%) больных. Уровень общего билирубина у всех больных был в среднем $245,7 \pm 89,2$ мкмоль/л (от 88,2 до 618,4). Первичное транспапиллярное желчеотведение выполняли как при злокачественной, так и при доброкачественной желтухах. Этот вид желчеотведения был успешным у 58 (80,6%) из 72 пациентов (62 – с blastomatозной обструкцией, 10 – с хроническим панкреатитом и наличием воспалительной массы в головке железы). Неудачи стентирования в большинстве случаев были связаны с высоким и протяженным поражением желчного протока или распространением опухолевого процесса на стенку двенадцатиперстной кишки, в связи с чем 14 больным была наложена холецистостома: под контролем видеолапароскопии – у 10, из мини-доступа в правом подреберье – у 4. Осложнения были отмечены у 7 (12,1%) из 58 пациентов: в 3 случаях – острый панкреатит, в 4 – кровотечение после ЭПСТ. Ни одно из осложнений не потребовало хирургического вмешательства и не привело к летальному исходу. После снижения уровня билирубина менее 60 мкмоль/л 26 больным были выполнены ГПДР по Уипплу (R0) при раке

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

головки ПЖ (20 больных) и при псевдотуморозном ХП (6 больных); 18 – дуоденосохраняющую резекцию головки при ХП; у 12 – симптоматические операции, в том числе у 3 – с помощью видеолапароскопии. У 16 пациентов с распространенным blastomatозным процессом радикальных хирургических вмешательств не проводилось и декомпрессия билиарной системы с помощью перечисленных выше методов явилось окончательным способом восстановления желчеоттока, позволившим отказаться от выполнения паллиативного хирургического вмешательства. Видеолапароскопическую холецистостомию выполнили у 45 больных с blastomatозной и 8 – с доброкачественной желтухой. Из числа этих пациентов выполнить ГПДР по Уипплу (R0) удалось у 16, дуоденосохраняющую резекцию головки поджелудочной железы – у 8 больных, у 12 выполнены симптоматические вмешательства (у 2 – с помощью видеолапароскопии) и 9 больных не были оперированы из-за распространенности ракового процесса. Холецистостомию под контролем УЗИ выполнили у 27 больных (20 – с раком головки ПЖ, 7 – с ХП). Осложнения возникли у 7 (25,9%) больных в виде дислокации катетера в свободную брюшную полость без развития распространенного перитонита, потребовавшее выполнения видеолапароскопии и повторного наложения холецистостомы. Из 20 больных с blastomatозной желтухой ГПДР (R0) была выполнена 6 пациентам. Из 7 больных ХП у 5 были выполнены дуоденосохраняющие резекции головки, у 1 – ГПДР по Уипплу и у 1 – ПДР по Транверзо-Лонгмайру. Послеоперационная летальность составила 1,9% при раке головке ПЖ, при оперативном лечении ХП летальных исходов не было. Выводы. Малоинвазивные методы восстановления желчеоттока при механической желтухе, обусловленной поражением головки ПЖ, являются эффективными в качестве самостоятельных лечебных процедур, этапных, предшествующие выполнению лапаротомных операций, а также способами, корригирующими ранние и поздние осложнения последних.

189. Оптимальные сроки выполнения ранней лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите

Криворучко И.А.(1), Тесленко С.Н. (1), Тонкоглас А.А. (1), Гончарова Н.Н. (1), Дроздова А.Г. (1), Гербали О.Ю (2).

Харьков (1), Симферополь (2)

1) Харьковский национальный медицинский университет, 2) Крымский государственный медицинский университет

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Хирургическое лечение больных с острым холециститом остается одной из актуальных проблем неотложной хирургии. Отмечается повышенное внимание к выполнению ранней лапароскопической холецистэктомии (ЛХ) при остром холецистите. Ранняя ЛХ выполняется в сроки от 0 до 10 дней, но оптимальное время для ее выполнения все еще не определено. Целью данного исследования было определить, изменяются ли результаты после ранней ЛХ при остром холецистите в зависимости от времени поступления в хирургический стационар до операции, а также оптимальные сроки выполнения ЛХ при остром холецистите. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов хирургического лечения 1226 больных, из которых женщин - 831 (67,8%) и мужчин - 395 (32,2%), которым была выполнена ЛХ в течение 10 дней после поступления с диагнозом острый холецистит в КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК» за последние 10 лет. Все больные были обследованы согласно общепризнанным стандартам (лабораторные, инструментальные методы исследования). Вышеуказанные пациенты были разделены и ранжированы по двум показателям: по срокам заболевания и времени дооперационного периода. По времени дооперационного периода мы разделили больных на 3 группы: 1 – я группа – 498 (40,6%) больных были оперированы в течение 1 дня, 2 – я группа – 377 (30,8%) в течение 2 - 5 дней и 3 – я группа – 351 (28,6%) в течение 6 - 10 дней. Мы сравнили результаты в течение каждого возрастающего дооперационного дня (дни 1-5). Результаты и их обсуждения. Основной интерес представляли результаты по оценке летальности, длительности госпитализации, осложнениям и стоимости лечения. Применялись линейное математическое моделирование и дискриминантный анализ. Основные выводы были сделаны после полного сбора данных и их математической обработки. У пациентов, оперированных в течение 2-5 дней и 6-10, были худшие результаты при сравнении с теми, которые перенесли операцию в сроки до 1 дня. Вероятность летальности составила 1.26 (1.00-1.58) и 1.93 (1.38-2.68), и вероятность послеоперационных осложнений была 0.88 (0.69-1.12) и 1.53 (1.05-2.23) в 2 и 3 группах пациентов соответственно с достоверностью 95%. Минимальная стоимость пребывания в стационаре увеличилась в 2 раза при сравнении 1 группы со 2 и 3 группами. Анализ каждого дополнительного дня показал оптимальное время для оперативного вмешательства, которое должно быть осуществлено в течение первых 48 часов после поступления. Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия, выполненная в течение 2 дней после поступления больного с острым холециститом, показала лучшие результаты лечения и низкий процент осложнений при минимальных экономических затратах. Хотя причинная связь не могла быть установлена, отсроченная ЛХ была связана с большим количеством осложнений, более высокой летальностью, и более высокими затратами.

190. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворучко И.А. (1), Гончарова Н.Н.(1), Дроздова А.Г., (1) Гербали О.Ю (2).

Харьков (1), Симферополь (2)

1) Харьковский национальный медицинский университет, 2) Крымский государственный медицинский университет

Хирургическое лечение больных с осложненными псевдокистами (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) остается одной из актуальных проблем современной панкреатологии. Нами проанализированы результаты хирургических вмешательств 390 больных с осложненными ПКПЖ в возрасте от 21 до 79 лет. Все больные были обследованы согласно разработанному алгоритму. Инфицирование ПК выявлено у 228 (58,5%) пациентов, кровотечение в полость ПК – 56 (14,4%), перфорация – 23 (5,9%), цистоплевральные свищи – 9 (2,3%), сдавление смежных органов – 74 (18,9%). Пункции под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) выполнены у 79 (34,6%) больных, дренирования под контролем УЗИ – у 28 (12,3%) больных с острыми ПК, с вероятностью их перфорации, а также с инфицированными ПК без токсемии. При сдавлении ПК смежных органов 5 (6,7%) больным выполнены пункции ПК. При несформированных ПК у 9 (12,2%) больных применяли дренирование их под контролем УЗИ. Наружное дренирование ПК выполнено у 112 (49,1 %) пациентов, у которых интраоперационно выявлены макроскопические признаки инфицирования кисты; при ПК с тонкими стенками, при кровотечениях в полость ПК, при перфорациях ПК с развитием перитонита, а также у пациентов после неэффективного пункционного дренирования с нарастающими симптомами токсемии. Лапароскопическое наружное дренирование ПК выполнено у 9 (4%) пациентов, при невозможности выполнения пункционного дренирования под контролем УЗИ. При перфорации ПК 1 больному выполнено пункционное дренирование брюшной полости, 1 больному – лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости. У 38 (66,9%) больных выполнена лапаротомия: 1) с последующим прошиванием и лигированием сосудов и наружным или внутренним дренированием ПК у 23 (41,6%), 2) или резекцию ПЖ вместе с ПК: панкреатодуоденальную резекцию – у 9 (16,6%), дистальную резекцию ПЖ – у 5 (8,3%). При кровотечениях в полость ПК у 18 (32,1%) больных выполнена селективная или суперселективная окклюзия сосудов под контролем ангиографии. При тесном прилегании ПК к задней стенке желудка у 37 (50%) больных выполнена эндоскопическая цистогастростомия. При ПК со сформированными стенками 14 (18,9%) больных выполнена лапароскопическая цистоеюностомия (ЦЕС), у 9 (12,2%) – лапаротомия с ЦЕС. Общая летальность составила 1,2%. Таким образом, при лечении осложненных ПКПЖ преимущественно следует использовать миниинвазивные методики, а при невозможности их использования или неудовлетворительных результатах показаны открытые оперативные вмешательства.

191. Возможности эндосонографии в оценке пищеводно-желудочного перехода после антирефлюксных операций.

Куликов В.Г. (1), Разумахина М.С. (1), Анищенко В.В. (2), Шевела А.И. (1), Гмыза С.В. (1).

Новосибирск

1) ИХБФМ СО РАН 2) НГМУ

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование фармакологических средств лечения, по-прежнему сохраняется большое число пациентов, нуждающихся в хирургической коррекции гастроэзофагеального рефлюкса. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения выявляются у 15-30% оперированных пациентов. Таким образом, проблема изучения особенностей антирефлюксных операций не утратила своей актуальности. Цель. Изучить особенности анатомии и взаимоотношения структур пищеводно-желудочного перехода после антирефлюксной операции. Материал и методы. Проведена эндосонография 20 пациентам после антирефлюксных операций, измерена толщина стенки пищевода, фундопликационной манжеты, определено положение сетчатого импланта в случае комбинированной пластики пищеводного отверстия диафрагмы, положение фундопликационной манжеты относительно зоны нижнего пищеводного сфинктера. Для наглядности создана биологическая модель *in vitro* анатомии пищеводно-желудочного перехода после антирефлюксной операции (в модификации Nissen). Результаты. Полученные измерения толщины мягких тканей. Толщина мягких тканей пищевода выше зоны нижнего пищеводного сфинктера (стенка пищевода) - $5,64 \pm 0,11$ мм. Толщина мягких тканей на уровне фундопликационной манжеты (стенка пищевода+стенка желудка) - $10,9 \pm 0,27$ мм. В случае аллокуроапликации с помощью эндосонографии визуализировано положение сетчатого импланта, на основании чего сделано заключение о состоятельности пластики. При смещении фундопликационной манжеты относительно зоны нижнего пищеводного сфинктера сделано заключение о рецидиве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Для наглядности послеоперационной конструкции, положения и спектра измеряемых тканей при эндосонографии разработана экспериментальная модель на пищеводно-желудочном комплексе свиньи.

Обсуждение. Существующие методы диагностики (эзофагогастродуоденоскопия, манометрия, контрастная рентгеноскопия, рН-метрия) не позволяют оценить состояния окружающих тканей послеоперационной зоны пищеводно-желудочного перехода. Визуализация

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

анатомических структур необходима для оценки эффективности антирефлюксных операций и определении показаний к рефундопликации. Выводы. Эндосонографическое исследование может быть рекомендовано как метод диагностики рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, позволяющий оценивать состояние окружающих пищевод тканей послеоперационной области, в случае рецидива определять последующую тактику.

192. Тактика лечения пациентов с пищеводом Барретта.

Анищенко В.В. (2), Платонов П.А. (2), Куликов В.Г. (1), Шевела А.И. (1), Разумахина М.С. (1), Гмыза С.В. (1).

Новосибирск

1) ИХБФМ СО РАН 2) НГМУ

В настоящее время отмечается широкая распространенность гастроэзофагеального рефлюкса среди населения, который обнаруживается у 5,8%-10,7% больных, подвергшихся эндоскопическому исследованию, и по частоте уступает только язвенной болезни, выявляющейся у 14,7%. На фоне пищевода Барретта высок риск развития аденокарциномы пищевода. На современном этапе применяется двухэтапное лечение пищевода Барретта: аргоноплазменная коагуляция очагов метаплазии с последующей антирефлюксной операцией. При некорректном выборе сроков проведения второго этапа велика вероятность развития воспалительного стеноза в послеоперационном периоде. Таким образом, актуальность эффективного лечения данной патологии не вызывает никаких сомнений. Цель. Оптимизировать тактику и улучшить результаты хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса IV стадии (пищевод Барретта). По данным эндосонографии у 102 пациентов измерена толщина стенки пищевода на разных этапах лечения (консервативная терапия, аргоноплазменная абляция). Результаты. На основании полученных результатов определены оптимальные сроки для выполнения антирефлюксной операции. Толщина стенки пищевода до лечения: На уровне с/трети $4,6 \pm 0,07$ мм Дистальный отдел $10,0 \pm 0,12$ мм Толщина стенки пищевода через 1 месяца после аргоноплазменной абляции слизистой пищевода: На уровне с/трети $4,6 \pm 0,07$ мм Дистальный отдел $5,64 \pm 0,11$ мм Результаты исследования могут быть применены в практике гастроэнтерологов и хирургов для выбора оптимального периода хирургического этапа лечения пациентов с пищеводом Барретта.

193.Видеолапароскопия в диагностике и лечении желчного перитонита

Курбонов К.М., Муминов С.

Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов хирургии желчного перитонита. Материал и методы. В клинике на обследование и лечение находилось 46 пациентов с желчным перитонитом (ЖП), для лечения которых применялось видеолапароскопическая холецистэктомия. Мужчин было 9 (19%), женщин 37 (81%). Причиной ЖП в 25 (54%) наблюдениях являлось пропотной холецистит, в 16 (35%) перфоративный холецистит и в 5 (11%) травматический. Возраст больных составляло от 28 до 71 лет. Наличие ЖП установлено на основании УЗИ и лапароскопии. Результаты. При проведении УЗИ во всех наблюдениях установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости с расширением тонкой кишки в 24 (52%) случаев. В 29 (63%) наблюдениях выявляли УЗ – признаки деструктивного холецистита. Отсутствие тяжёлых сопутствующих заболеваний абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности являлись показанием к видеолапароскопической холецистэктомии при ЖП. Видеолапароскопическая холецистэктомия выполнено, 43 пациентам (93%) в 3 (7%) случаев прибегали к конверсии ввиду необходимости в выполнении интубации тонкой кишки. В послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не наблюдали. Заключение. Видеолапароскопическая холецистэктомия с санацией и дренированием брюшной полости, является эффективным методом лечения ЖП.

194.ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОСОСУДИСТОГО И ЛИМФОТРОПНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Топчиев М. А., Паршин Д. С.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

г. Астрахань

ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет
Минздрава РФ

Учащение случаев генерализации и рецидивирования гнойных процессов, неуклонно повышающаяся вирулентность патогенной микрофлоры, все более частая ее антибиотикорезистентность значительно усложняет лечение гнойно-воспалительных заболеваний. В настоящее время лимфососудистая и лимфотропная антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия являются одними из самых эффективных методов при гнойных процессах. Клиника общей хирургии обладает 40-летним опытом применения данных методик. Исследование клинической эффективности данных методов в различных клинических ситуациях представляет значительный научный интерес. “Цель”: Изучить и улучшить результаты лечения больных с различными заболеваниями органов брюшной полости с дифференцированным применением ЛСА и ЛТА. “Материалы и методы”: Клинический материал 436 больных оперированных по поводу острой и хронической абдоминальной патологии. Распределение больных по нозологиям было следующим: желчно-каменная болезнь (36,4%), острый аппендицит (26,3%), перфоративная язва желудка (14,3%), грыжи передней брюшной стенки (12,8%), панкреонекроз (10,2). 84% пациентов оперированы эндоскопическим методом. С профилактической целью использовали лимфотропное введение антибиотиков при грыжесечении с установкой сетчатого импланта, холецистэктомия по поводу острого холецистита, аппендэктомия по поводу катарального и флегмонозного аппендицита, а так же при стерильном панкреонекрозе. Во всех остальных случаях применялась лимфотропная либо лимфососудистая антибиотикотерапия. Показанием к лимфососудистому введению являлись обширные гнойно-воспалительные процессы (флегмона забрюшинного пространства, внутрибрюшные абсцессы, флегмона передней брюшной стенки). Лимфососудистое введение выполнялась 78 пациентам, лимфотропное – 358. Мужчин было 46%, женщин – 54% в возрасте от 17 до 89 лет. Эндолимфатически вводились полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины II-III поколений, хинолоны, карбопенемы. Антибиотики вводились в половинной суточной дозе 1 раз в сутки. Комплексное обследование включало: общеклинические методы, определение индексов интоксикации, иммунологические исследования, биохимическое исследование маркеров воспаления в крови, динамическое исследование бактериальных посевов и антибиотикограмм, цитологическое исследование раневых отпечатков. Результаты сравнивались с контрольной группой пациентов (423 больных) сопоставимых по полу, возрасту и характеру патологии, которым проводилась внутривенная антибиотикопрофилактика (220) и антибиотикотерапия (203). “Результаты”: В группе больных с лимфотропной антибиотикопрофилактикой, которым выполнялись грыжесечения с установкой сетчатого импланта, аппендэктомия по поводу катарального и флегмонозного аппендицита, а так же холецистэктомия гнойно-воспалительных осложнений в области хирургического вмешательства отмечено не было. У 2-х больных из 43 со стерильным панкреонекрозом произошло его инфицирование, что потребовало

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

системной антибиотикотерапии. Длительность профилактического введения антибиотиков колебалась от 1 до 7 суток. В группе пациентов с эндолимфатической антибиотикотерапией инфекции области хирургического вмешательства распределились следующим образом. Нагноения послеоперационной раны – 1,5% в основном у пациентов с панкреонекрозом. Внутрибрюшные инфильтраты отмечены у 6 больных после эндоскопической аппендэктомии. Во всех случаях инфильтраты излечены консервативными мероприятиями и не потребовали повторных операций. Следует отметить, что у всех больных с гнойно-воспалительными осложнениями были факторы риска (сахарный диабет, прием глюкокортикоидов, ожирение и пр.). Выявление осложнения требовало комбинированного назначения антибактериальных препаратов. В контрольной группе с внутривенной антибиотикопрофилактикой инфекции области хирургического вмешательства отмечены у 2,2%. При использовании внутривенной антибиотикотерапии инфекции области хирургического вмешательства зарегистрированы у 5,6 % больных, что в 24,5 % случаев потребовало хирургического вмешательства (хирургическая обработка раны, релапаротомия). Длительность антибиотикопрофилактики колебалась от 1 до 3 суток, антибиотикотерапии от 3 до 21 дня. В момент поступления у 23% больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости диагностирован синдром системной воспалительной реакции (ССВР) и их состояние расценивалось как тяжелое. Купирование признаков эндотоксикоза наступало раньше в группе с лимфососудистой антибиотикотерапией в среднем на $1,8 \pm 0,3$ сутки, при лимфотропной антибиотикотерапии на $2,4 \pm 0,4$ сутки, в группе сравнения $2,8 \pm 0,2$. Это подтверждалось нормализацией температуры тела, индексов интоксикации, биохимических маркеров воспаления и симптомов ССВР. Исследование микробного пейзажа ран показало, что основным возбудителем являлся золотистый стафилококк (60,5%), в 5,6% посевах обнаружены микробные ассоциации, а 7,8% возбудителей были антибиотикорезистентны. При динамическом исследовании бактериальных посевов было отмечено, что в группе больных с эндолимфатическими методами не отмечается изменение вида возбудителя и образование антибиотикорезистентных штаммов микробов. Средний койко-день в группе с эндолимфатическим введением составил 10,8, при внутривенном – 12,8. “Выводы”: В результате клинической оценки методик выявлено, что выбор метода зависит от множества факторов: степени тяжести заболевания, наличия осложнений, кратности течения заболевания, характеристик возбудителя, сопутствующих заболеваний, факторов риска и др. Отмечена высокая эффективность лимфотропной антибиотикопрофилактики при эндоскопическом грыжесечении с установкой сетчатого импланта, эндоскопической холецистэктомии и аппендэктомии. Дальнейшее изучение данного вопроса позволит уточнить показания, время, длительность, кратность и эффективность эндолимфатической антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии в различных клинических ситуациях.

195. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Топчиев М. А.(1), Паршин Д. С.(1), Бирюков П. А.(2), Мисриханов М. К.(1)

г. Астрахань

1)ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава РФ2)ГБУЗ АО ГКБ №3

Актуальность лечения панкреонекроза обусловлена значительным числом больных и высокими показателями смертности, которая ассоциируется с генерализованными органными и системными нарушениями. Сложность в лечении деструктивного панкреатита, обусловлена своевременным выбором хирургической тактики, а так же многокомпонентной интенсивной терапией. Цель работы. Улучшение результатов диагностики и лечения у пациентов с панкреонекрозом. Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе результатов лечения 254 пациентов с панкреонекрозом проходившим лечение в ГБУЗ АО ГКБ № 3. Средний возраст больных составил $36 \pm 3,6$ лет. Все больные были разделены на две группы: основную и контрольную, которые были сопоставимы по полу, возрасту, а так же тяжести патологии (136 и 118 пациентов соответственно). Все пациентам динамически исследовался профиль острофазовых белков крови (макроглобулин и ферритин). В основной группе нами использованы эндолимфатическая антибиотико- и иммунотерапия. Так же применялось внутривенное введение лекарственных средств путем катетеризации правой желудочно-сальниковой вены. После катетеризации выполнялась субтракционная портография с использованием ангиографической установки Phillips Allure FD 20. Оценивалось внутрисосудистое положение катетера в портальной системе с последующим измерением инвазивного давления. Эндопортальная инфузия антибиотиков, гепатопротекторов и иммунокорректоров проводилась инфузодомом в течение 3-5 сут. Кроме этого нами применялось энтеральное введение антигипоксических препаратов, параллельно исследовались газовый состав и КЩС крови. Результаты. При исследовании соотношения острофазовых белков воспаления нами установлено, что при прогрессировании некротических изменений в поджелудочной железе уровень ферритина крови значительно повышался, что свидетельствовало о переходе в стадию гнойного воспаления. Уровень макроглобулина оставался высоким в острую фазу, но по мере купирования воспаления он прогрессивно снижался. Исследование иммунного статуса показало, что в основной группе происходило более быстрое купирование иммунологического дефицита. В основной группе с энтеральным применением оксигенированной воды отмечено достоверно более быстрое уменьшение проявлений гипоксии, что подтверждалось

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

повышением парциального давления кислорода в крови брыжеечных и центральных вен. Оперировано 214 больных (84,2%) из этого числа эндоскопическим доступом – 67 (26,4%). Средний койко-день в основной группе составил – 18,3 дня, в контрольной 24,7. В основной группе умерло 9 больных – 6,6%, в контрольной 13 (11%). Выводы. Прогностические биохимические маркеры и включение в схему лечения эндолимфатической антибактериальной и иммунотерапии в сочетании с эндопортальным введением позволяет значительно улучшить результаты лечения больных панкреонекрозом.

196. Место эндоскопических методов в лечении острых желудочно-кишечных кровотечений.

Лесик П.С., Пашаев А.А., Вдов С.Н.

г.Одинцово Московской области

Филиал №3 «ЗЦВКГ им. А.А.Вишневого» Минобороны России

Актуальность. Кровотечение в просвет пищеварительного тракта – тяжелое осложнение свыше 100 заболеваний ЖКТ. Смертность от острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) в Европе и США сохраняется на уровне 6,3-7%. По данным литературы в последние годы частота язвенных кровотечений выросла более чем в 3 раза. В связи с широким внедрением эндоскопических методов лечения оперативная активность снизилась за последнее десятилетие с 15,% до 6,8%. Материалы и методы. Мы изучили результаты лечения 95 больных, из них 75 мужчин и 20 женщин, с ОЖКК за 2009 - 2013 годы. По контингенту и возрасту поступившие больные распределились: военнослужащие по контракту – 1%, офицеры- 15,7% пенсионеры ВС РФ- 50,5%, члены семей пенсионеров в/с- 17,8%, прочие- 14,7%; из них: до 20 лет-0, 21-30 лет- 8,4%, 31-40 лет- 11,6%, 41-50 -9,5%, 51-60лет- 16,8%, более 60 лет- 53,4%. Причинами ОЖКК в наших наблюдениях были: язва 12-перстной кишки – у 37,9%, язва желудка – у 20%, эрозивно-геморрагический эзофагит - гастрит- 8,4%, синдром Маллори-Вейса - 14,7%, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии- 4,2%, опухоли ЖКТ- 7,4%, другие заболевания толстой кишки - 7,3% больных. Состояние больных при поступлении оценено как: удовлетворительное (до 10 баллов)у – 17,9%, средней тяжести (до 20 баллов) у – 71,5%, а у 10,5 % больных, как тяжелое - до 30 и более баллов. Объем кровопотери оценивали по гематокриту и номограмме. Больных с кровопотерей легкой степени поступило -48,4%, средней - 41% и тяжелой - 9,4%. У 6,3% больных

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

кровотечение рецидивировало в течение года. Из них: рецидив наблюдали у 25% больных, лечившихся ранее, с варикозно- расширенными венами пищевода, на фоне портальной гипертензии при циррозе печени; у 8,3 % больных - пенсионеров -с хронической язвенной болезнью 12-перстной кишки; у 7,4% больных -с синдромом Маллори-Вейса; у 5,2% пенсионеров - с хронической язвенной болезнью желудка. Всем больным при поступлении, а затем по показаниям, выполнена ФГДС, общеклинические и биохимические анализы, а больным с кровотечениями из толстой кишки выполнена срочная колоноскопия. Из числа поступивших больных, лечилось консервативно- 86,3%, в том числе с успешным использованием эндоскопических методов гемостаза -39% (орошение с инфильтрацией выполнена у 81,1%, коагуляция -18,9% случаев). Такие методы, как: аргоноплазменная коагуляция, клипирование сосудов, лазерная коагуляция, криовоздействие, аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем, склерозирующая терапия и гемоспрей не применялись из-за недостаточного мед.снабжения и уменьшения в 2 раза штатной структуры эндоскопического отделения при реорганизации. Оперативная активность составила - 13,7%, что в 2 раза превышает средние по г. Москва. Из числа выполненных оперативных вмешательств: 5 ушиваний кровоточащей язвы 12-перстной кишки с пилоропластикой по Гейнике- Микуличу, Джаду. из них: одна с СВ (стволовой ваготомией); одна – ушивание кровоточащей язвы желудка; одна- прошивание острой кровоточащей язвы 12-перстной кишки у больного с панкреонекрозом; одна - гемиколонэктомия по поводу рака слепой кишки с распадом; 4-геморроидэктомии. В одном случае наблюдали рецидив кровотечения в раннем послеоперационном периоде из «острой язвы». Общая летальность составила 3,2%, в том числе: при применении эндоскопического и консервативного методов - 8,1%, оперативного -7,6% . Общий средний койко –день составил -15,9, в том числе при лечении только консервативным методом - 9,7 дня, эндоскопическим и консервативным методами - 19,8 дня, хирургическим традиционным – 21,4 дня. Малоинвазивные операции при ОЖКК не применяли. Выводы: 1. В последние годы значительно вырос в структуре этой патологии процент больных пенсионного возраста. 2.Отсутствие должного амбулаторного динамического наблюдения за больными с язвенной болезнью и их профилактического лечения, сохраняет высоким процент осложненных форм. 3. Недостаточное использование для остановки кровотечения из ЖКТ, современных эндоскопических методов, из-за ухудшения снабжения и реорганизации эндоскопических отделений, не позволяет улучшить исходы . Литература: 1 Барклова Е.В.Лебедев Н.В., Климов А.Е., Петухов В.А. Эндоскопический гемостаз у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями// Неотложная и специализированная хирургическая помощь/ Материалы 5-го конгресса Московских хирургов . М.,2013.-С.90.. 2. Василенко Ю.В., Филимонов М.И., Прокушев В.С., Оптимизация лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.//Неотложная и специализированная хирургическая помощь/ Материалы 5-го конгресса Московских хирургов. 2013.- С.84. 3.Гостищев В.К.,Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии(патогенез, диагностика, лечение)Руководство для врачей. М.:ГЭОТАР-Медиа,2008.384с.

197. Современные методы лечения ущемленных грыж и их результаты

Лесик П.С, Пашаев А.А.,Базин Д.Ю., Сутурин С.П., Потапский В.В., Кодяков А.В.

г.Одинцово Московской области

Филиал №3 «ЗЦВКГ имени А.А.Вышневого» Минобороны РФ

Актуальность. Общее количество больных с грыжами брюшной стенки в хирургических стационарах составляет 8 - 10% от общего числа. Из них около 65- 70 % - больные с паховыми и пупочными грыжами. У 4 - 5% больных с грыжами возникают ущемления, что составляет 1 - 2% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. До 2000 года в г.Москве в год оперировалось 2200 - 2500 больных с ущемленными грыжами, за последнее десятилетие 3 - 3,5 тысячи, летальность составляла 5 - 7,5%, а за последнее десятилетие - 1,3 - 5%. Материалы и методы. В структуре хирургической заболеваемости отделения неотложной хирургии, ущемленные грыжи составляли в прошлом 1,5 - 2%, за 2009- 2013 годы - 3,8%. У 66 % больных ущемлялись паховые, пупочные и грыжи белой линии живота, у 23% - послеоперационные вентральные и у 11% - были ущемленные внутренние грыжи. Среди поступивших больных 55% составляли мужчины, 45% - женщины, 50% - пенсионеры Вооруженных Сил, 45%- члены семей военнослужащих, 5% - военнослужащие по призыву. По возрасту поступившие распределились: до 20 лет - 5%, с 50 до 60 лет -28%, свыше 60 лет - 67%.Настораживает тот факт, что до 6-ти часов с момента ущемления поступило всего 40% больных, а 39% поступило позже суток. Из них 45% поступило в удовлетворительном состоянии, 39% в состоянии средней тяжести, а 16% в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, что недопустимо при этой патологии. Обладая хорошим современным набором диагностических возможностей, только у 30% для улучшения диагностики при поступлении использованы: УЗИ, ФГДС, обзорные рентгенограммы грудной клетки и брюшной полости. Всего 50% больных прооперировано впервые 2 часа с момента поступления в стационар, а 27,2% прооперировано позже суток. Поэтому у 27,5% поступивших, были осложнения заболевания в виде: некроза пряди сальника у 3, некроза абдоминального отдела пищевода у 2 больных. Если до 2000 года послеоперационные осложнения встречались в 0,5% случаев и в основном за счет нагноения кожной раны, то за последние 3 года (2009-2011г) они составили 22,2%, из них по 1 случаю были: перитонит, медиастинит, тромбоз вен нижней конечности, ОССН. Послеоперационная летальность за 10 лет до 2000 года составляла 5 %, а за последние 3 года -

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

11% (2 ущемленные грыжи пищевода, переведенные из ЦРБ, закончились летальным исходом). До 2000 года использовались, в основном, традиционные классические хирургические методы лечения ущемленных грыж, а за 2009 – 2011 годы, традиционные методы аутопластики применены у 70% больных, лапароскопические у 11%, аллопластика у 17%. То есть у трети больных применены современные методы лечения грыж. Если в прошлом при операциях по поводу ущемленных грыж, использовалась в основном местная анестезия, то в настоящее время, местная анестезия использована всего в 33,3% больных, сочетанная у 22,2%, а эндотрахеальный наркоз с интубацией трахеи у 44,4% больных. Средний койко-день, как до 2000 года, так и сейчас, равен 10 - 11 дням. Вывод: 1. Несмотря на внедрение современных методов лечения и диагностики, результаты лечения больных с ущемленными грыжами за последнее десятилетие не имеют тенденции к улучшению. 2. Отсутствие диспансерного наблюдения привело к поздней госпитализации пенсионеров с ущемленными грыжами, что повлияло на исходы. Литература: 1. Ермолов А.С., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Левитский В.Д. и др. Лапароскопия в экстренной абдоминальной хирургии // Материалы 5-го конгресса московских хирургов. «Неотложная и специализированная хирургическая помощь».-М.- 2013.- С 22-23. 2. Иванюгин В.А., Матвеев Д.В., Курдо С.А., Кудрявцев П.В., Ким П.П., Бабаян Г.Р., Лакунин К.Ю. Опыт применения лапароскопического метода в лечении пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в муниципальном учреждении здравоохранения // Материалы 5-го конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь».-М., 2013.- С.60-61.

198. РАССТРОЙСТВА ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЛЕЧЕНИИ ТАЗОВОГО ПЕРИТОНИТА

Абрамова С.В., Власов А.П., Чаматкина Е.М., Ярусова В.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Цель работы. У больных тазовым перитонитом после традиционных и лапароскопических вмешательств в динамике изучить расстройства гомеостаза с акцентом на явления эндогенной интоксикации и нарушения метаболизма липидов. В основу работы положены материалы клинико-лабораторных исследований больных женщин тазовым перитонитом, развившемся на фоне гнойно-воспалительных заболеваний внутренних

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

половых органов. В основной группе применены хирургические лапароскопические вмешательства, в группе сравнения – традиционные (широкая лапаротомия). В раннем послеоперационном периоде всем больным проводили базисную комплексную терапию. Методы исследования. Больным выполняли общеклинические и биохимические исследования (общий анализ крови и мочи, содержание билирубина, общего белка, сахара, мочевины, креатинина, активность трансаминаз в крови др.). В работе исследованы показатели расстройств гомеостаза, в том числе уровень токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы, интенсивность липопероксидации, фосфолипазную активность, коагуляционно-литическое состояние, содержание липидов в плазме крови. Клиническими исследованиями установлено, что при поступлении у больных обеих групп регистрировался синдром эндогенной интоксикации, при котором индекс токсичности плазмы увеличивался более чем в 2 раза % ($p < 0,05$). Менялся липидный метаболизм плазмы крови. Содержание диеновых и триеновых конъюгатов в плазме крови относительно нормы увеличивалось. Уровень малонового диальдегида превосходил нормальное значение почти в 2 раза. Активность фосфолипазы A2 достоверно увеличивалась более чем в 2 раза. Клинико-лабораторно показано, что в первые сутки после операции вне зависимости от способа ее исполнения интоксикационный синдром сохранялся. Однако при широком лапаротомном оперативном доступе он был достоверно выше. Так, индекс токсичности плазмы крови превосходил норму более чем в 4 раза. Только с 3-х суток базисной терапии перитонита у пациентов отмечено снижение уровня эндогенной интоксикации. У больных группы сравнения содержание молекулярных продуктов перекисного окисления липидов в плазме крови сохранялось повышенным на всех этапах послеоперационного наблюдения. Количество диеновых конъюгатов было достоверно выше нормы более чем в 1,5 раза, триеновых конъюгатов – в 1,7 раза, малонового диальдегида – в 1,4 раза. Активность фосфолипазы A2 через сутки после операции достоверно превосходило норму в 3,5 раза, а через 3 суток – в 2,2 раза. Интенсификация липопероксидации и активизация фосфолипаз приводили к существенным нарушениям липидного состава плазмы и форменных элементов крови. Подчеркнем, что в основной группе указанные расстройства гомеостаза были менее значимыми, что соответствовало и клиническому течению раннего послеоперационного периода. Таким образом, у больных острым тазовым перитонитом на фоне традиционной хирургической терапии в первые четверо суток после операции наблюдались существенные изменения гомеостаза. Прежде всего сохранялся синдром эндогенной интоксикации, в патогенезе которого важную роль играла высокая активность перекисного окисления липидов и фосфолипазы A2. Эти процессы приводили к мембранодеструктивным явлениям, которые во многом пролонгировали воспаление. При лапароскопических вмешательствах указанные патологические явления были менее выраженными. >

199. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Власов А.П., Анашкин С.Г., Куданкин Р.М., Власов П.А., Муратова Т.А.

Саранск

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Важнейшей проблемой современной хирургии является улучшение результатов лечения больных острым деструктивным панкреатитом. До настоящего времени после-операционная летальность при панкреонекрозе остается на высоком уровне, а в структуре острой хирургической патологии абдоминального сектора острый панкреатит занимает ведущее место. Целью исследования явилось разработать критерии и оценить эффективность лапароскопических миниинвазивных вмешательств в лечении острого деструктивного панкреатита. В группе сравнения у больных острым деструктивным панкреатитом применялось стандартизированное лечение с использованием обычных вмешательств. В основной группе использованы лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости, кист и наложение микрохолецистостомы (по показаниям). В случаях прогрессирования заболевания, нарастания клиники перитонита, появления жидкостных образований в забрюшинном пространстве, явлений кишечной непроходимости проводили традиционные оперативные вмешательства на поджелудочной железе и внепеченочных желчных протоках. Оценен ряд показателей расстройств гомеостаза, в том числе определяли уровень токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы, интенсивность липопероксидации, фосфолипазную и протеазную активность, коагуляционно-литическое состояние, содержание липидов в плазме крови, а также в форменных элементах крови. Результаты. В раннем послеоперационном периоде (особенно в первые трое суток) у больных обеих групп регистрировались выраженные расстройства гомеостаза: эндогенная интоксикация, активизация свободно-радикальных процессов, нарушение реологических свойств крови, дислипидемия, изменения функционального состояния тромбоцитов и эритроцитов, нарушения коагуляционно-литического состояния крови. Оказалось, что у больных, которым применены малотравматичные вмешательства, расстройства гомеостаза в раннем послеоперационном периоде по сравнению с контрольной были менее выраженными. Следует подчеркнуть, что в критические периоды наблюдения отмечены четкие различия в показателях гомеостаза. Оказалось, что интенсификация процессов перекисного окисления липидов и повышение активности фосфолипазы А₂ нарастали не столь стремительно. Изменения состава липидов плазмы крови были менее выраженными. Результаты лечения улучшились. Показано, что из изученного спектра липидов в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

исследованных тканевых структурах наиболее адекватно отражают динамику течения острого панкреатита следующие фракции: в плазме крови – это относительное содержание лизоформ фосфолипидов и свободных жирных кислот, в форменных элементах крови – кроме указанных и уровень суммарных фосфолипидов. На основе этих данных разработан способ оценки тяжести панкреатита, который базируется на определении индекса хаотропности (патент). Таким образом, при малотравматичных хирургических вмешательствах в значительной мере предотвращается прогрессирование заболевания. Критериями эффективно-сти терапии могут быть приняты изменения состава липидов плазмы и форменных элементов крови, в частности липидов, обладающих хаотропным действием – лизоформ фосфолипидов и свободных жирных кислот, на основе которых рассчитывается индекс хаотропности.

200.Видеоэндохирургическое лечение больных ахалазией пищевода

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Перескоков С.В., Черкасов Д.М.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. Ахалазия пищевода занимает второе место среди всех доброкачественных заболеваний пищевода. Распространенность ахалазии пищевода и кардиоспазма составляет 0,5 – 0,8 на 100000 населения. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных ахалазией пищевода путем разработки и клинического использования видеоэндохирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 82 видеоэндохирургических вмешательства по поводу ахалазии пищевода (в 75 наблюдениях применялся лапароскопический доступ, в 7 – торакокопический). Видеоэндоскопическую эзофагокардиомиотомию по Геллеру у 80 больных дополняли фундопликацией по Дору, у 2 - оментопексией. Произведена оценка интраоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным методом. Результаты. Выполнение эзофагомиотомии возможно как из лапароскопического, так и из торакокопического подходов. В последние годы все операции производятся из лапароскопического доступа в связи с меньшей его травматичностью. Мы рассекаем продольных и циркулярных мышечных

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

волокон передне-левой стенки пищевода на протяжении 6 – 7 см, разрез на 1,5 – 2 см продлеваем на кардиальный отдел желудка. Важным условием является пересечение как продольных, так и циркулярных мышечных волокон пищевода, что служит профилактикой рецидива заболевания. Первые операции проводились под контролем фиброэзофагоскопа, в настоящее время интраоперационную фиброэндоскопию мы не применяем. Использование передней фундопликации по Дору позволяет не выполнять мобилизацию желудка в области его дна. Во время видеозондоскопических вмешательств у 11 пациентов (13,4%) интраоперационно возникли повреждения слизистой оболочки пищевода, которые в 4 наблюдениях потребовали выполнения конверсии (4,9%), у остальных 7 больных дефекты слизистой оболочки пищевода были ушиты видеозондоскопически. Других причин для выполнения конверсии не было, осложнений, связанных с выполнением конверсии, также не отмечалось. В отдаленные сроки у 1 оперированного нами больного (1,2%) 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. Выводы. 1. Видеозондохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические вмешательства при ахалазии пищевода являются более предпочтительными, чем торакоскопические. 2. 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.

201. Применение видеоэндохирургических методов в лечении доброкачественных новообразований пищевода и желудка

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных доброкачественными новообразованиями пищевода и желудка путем разработки и клинического использования видеоэндохирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 27 видеоэндохирургических вмешательств по поводу доброкачественных новообразований пищевода и желудка. У 19 больных произведены лапароскопические и торакоскопические оперативные вмешательства в связи с доброкачественными новообразованиями пищевода (12 лейомиом, 2 фибромы, 1 липома, 1 рабдомиома, 3 кисты). У 8 пациентов произведены лапароскопические операции по поводу доброкачественных новообразований желудка (6 гастроинтестинальных стромальных опухолей, 1 липома, 1 лейомиома). Произведена сравнительная оценка результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным способом. Нами определены критерии доступа к пищеводу в зависимости от локализации патологического процесса и типа телосложения человека. Результаты. При проведенных исследованиях выявлено, что наилучшие критерии оперативного доступа при операциях по поводу доброкачественных новообразований грудного отдела пищевода обеспечиваются у пациентов брахиморфного типа телосложения, наихудшие — при долихоморфном типе. Наилучшие параметры критериев доступа наблюдаются при локализации новообразования на уровне средней трети пищевода, наихудшие — в верхнегрудном отделе. У пациентов, оперированных видеоэндоскопически, наблюдается более быстрая нормализация показателей анализов крови, меньшее количество отделяемого по дренажам, меньшее количество необходимых в послеоперационном периоде анальгетиков, снижение числа послеоперационных осложнений, уменьшение сроков пребывания в стационаре. Выводы. 1. Видеоэндоскопические вмешательства являются операциями выбора у пациентов с доброкачественными новообразованиями пищевода и желудка. 2. Торакоскопические и лапароскопические операции в лечении доброкачественных новообразований пищевода и желудка применимы вне зависимости от типа телосложения и локализации патологического процесса и являются менее травматичными, чем открытые вмешательства.

202. Опыт лечения пищевода Барретта с использованием эндовидеохирургических технологий

Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Скуратов А.В., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. Пищевод Барретта является осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, возникающей в подавляющем большинстве случаев на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Данное состояние является облигатным предраком и по прошествии 10 – 15 лет может приводить к развитию аденокарциномы пищевода. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных пищеводом Барретта путем использования видеондехирургических технологий и применения аргоноплазменной коагуляции. Материалы и методы. В хирургическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета с 2012 по 2014 гг. проходили лечение 23 пациента с диагнозом пищевод Барретта, который был подтвержден данными эндоскопического исследования (осмотр слизистой пищевода в режиме NBI и метод хромоскопии раствором метиленового синего) и иммуногистохимического исследования биоптатов слизистой пищевода, в которых обнаруживался метаплазированный эпителий по желудочному (73,9%) и кишечному (26,1%) типу. У всех обследованных нами больных выявлен рефлюкс-эзофагит: легкой степени тяжести - у 6 (26,1%), средней тяжести - у 14 (60,9%), тяжелая степень наблюдалась у 3 (13,0%). Первым этапом всем пациентам выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа, а в послеоперационном периоде – эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция очагов метаплазии эпителия пищевода 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. У 7 пациентов курс лечения аргоно-плазменной коагуляцией полностью завершен (у 2 пациентов потребовалось 2 сеанса, у 2 – 3 сеанса, у 1 – 4 сеанса, у 2 – 5 сеансов), у всех больных отмечается регрессия метаплазии. Еще 16 пациентов продолжают лечение. Эндоскопический контроль осуществлялся через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев. Сроки наблюдения составили до двух лет. В послеоперационном периоде продолжала проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений хирургического лечения не отмечено. Послеоперационный

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

койко-день у пациентов оперированных видеолапароскопически, составил $4,9 \pm 0,7$. Полученные клинические результаты, а также проведенные инструментальные исследования позволили установить, что видеоэндоскопические оперативные вмешательства при ГПОД, осложненных пищеводом Барретта, пациенты переносят легче, чем открытые. Выводы: 1. Всем пациентам с пищеводом Барретта показано хирургическое лечение. Видеоэндохирургические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных осложненными формами ГПОД. 2. В послеоперационном периоде показано применение эндоскопической аргоноплазменной коагуляции, которое должно проводиться этапно с эндоскопическим и гистологическим контролем, позволяющим оценить регрессию метаплазии. 3. За 1 сеанс площадь коагуляции метаплазированного участка не должна составлять более 4 см².

203. Видеоэндохирургическое лечение осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Скуратов А.В.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в настоящий момент 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%. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных осложненными формами грыж пищеводного отверстия диафрагмы путем использования видеоэндохирургических методик. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 105 видеоэндохирургических вмешательств по поводу осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы. У 91 пациента были аксиальные грыжи, у 14 – параэзофагеальные. По классификации Granderath и соавт., среди

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

аксиальных грыж малые встречались у 37 (40,7%) пациентов, большие – у 49 (53,9%), гигантские – у 5 (5,5%), среди параэзофагеальных – у 9 (64,3%) больных имели место большие грыжи, у 5 (35,7%) – гигантские. Аксиальные кардиальные грыжи наблюдались у 74 (81,3%) пациентов, кардиофундальные – у 15 (16,5%), субтотальные желудочные – у 2 (2,2%). Параэзофагеальные ГПОД в 2 наблюдениях (14,3%) были антральными, в 1 (7,1%) – кишечными, в 11 (78,6%) – фундальными. Возраст больных колебался от 17 до 72 лет (средний возраст составил $49,9 \pm 14,7$ лет). Частота заболевания как у мужчин (47,1%), как и у женщин (52,9 %) была практически одинакова. Всем больным проводилось рентгенологическое и эндоскопическое исследование, имеющие высокие информативные способности для диагностики ГПОД. При эндоскопическом исследовании практически у всех обследованных нами больных выявлен рефлюкс-эзофагит: легкой степени тяжести – у 20 (19,04%), средней тяжести – у 62 (59,04%), тяжелая степень наблюдалась у 23 (21,9%). Результаты. В лечении ГПОД применяется комплексный подход. Поскольку в клинике грыж пищеводного отверстия диафрагмы на первый план выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, консервативное лечение направлено главным образом 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. Хирургические вмешательства были выполнены 105 больным, у которых не удалось добиться существенного положительного результата после проведения длительной медикаментозной терапии. Всем пациентам 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). У 8 пациентов (7,6%) потребовалось выполнения конверсии в связи с развившимся интраоперационным кровотечением (6 больных) и большими размерами грыжи (2 пациента). В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. В отдаленные сроки у 2 больных (1,9%) возникли рецидивы заболевания, связанные с феноменом «соскальзывания манжетки». Данным пациентам произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил $5,2 \pm 0,6$, что было существенно ниже, чем при выполнении вмешательств из лапаротомного доступа. При наличии пищевода Барретта у 23 больных в послеоперационном периоде производилась аргоноплазменная коагуляция очагов метаплазии, которая позволяет улучшить результаты лечения данной категории пациентов. В послеоперационном периоде продолжала проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. Выводы: 1. Лечение больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью имеет комплексный подход, которое следует

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

начинать с консервативных мероприятий. 2. При отсутствии эффекта от неоднократной длительной медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине рефлюкс-эзофагита следует применять оперативное лечение. 3. Видеоэндохирургические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных осложненными формами ГПОД. 4. При наличии пищевода Барретта в послеоперационном периоде показано применение аргоноплазменной коагуляции, а также проведение медикаментозной терапия.

204. Перспективы развития лапароскопической холецистэктомии.

Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Доронин М.Б.

Волгоград

ВолгГМУ

История возникновения и признания лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) стандартом хирургического лечения различных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) была достаточно неординарной. Впервые ЛХЭ выполнена 12.09.1985 немецким профессором E. Muhe, однако не была оценена современниками. Лишь через 2 года 17.03.1987 во Франции профессор P. Mouret выполнил «лапароскопию, адгезиолизис и холецистэктомию», получивший признание медицинского сообщества. Дальнейший прогресс минимально инвазивной хирургии был направлен на уменьшение протяженности лапаротомного разреза, развитие лапароскопии, минилапароскопии (МЛ), что обусловило стремление к выполнению некоторых операций без видимых разрезов — медицина пришла к «хирургии через естественные отверстия» - Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES). Для выполнения операций на органах брюшной полости в настоящее время используются 4 основных доступа: через влагалище, желудок, прямую кишку, мочевой пузырь. По данным литературы из всех вариантов NOTES ХЭ наиболее часто применяется трансвагинальная NOTES ХЭ (TVС). Xu J. et al. (2014) на основании метаанализа 9 крупных рандомизированных исследований выявили, что при TVС операционное время больше ($p=0,0007$), но в первые сутки послеоперационная боль значительно ниже по сравнению с ТЛХЭ ($p=0,002$). Статистически значимых различий в сроках стационарного пребывания пациентов выявлено не было ($p=0,32$). Количество осложнений было статистически значимо ниже в группе TVС (коэффициент риска 0,52; $p=0,09$). Трансгастральная холецистэктомия (TGC) впервые описана и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выполнена в эксперименте на животных в 2005 году двумя группами хирургов под руководством P.O. Park и L.L. Swanstrom. Большинство TGC были выполнены гибридным способом, с лапароскопической визуализацией точки доступа, для предотвращения травмы близлежащих органов или желудочно-сальниковых сосудов, в связи со значительными сложностями интрагастральной визуализации возможных осложнений. В 2010 году Zorron R. et al. сообщили о результатах проспективных, многоцентровых исследований, включавших 29 TGC, в которых рана желудка была закрыта путём лапароскопического ушивания. Аналогичные доклады других учёных, использовавших эндоскопические клипсы или эндоскопические анкера, с или без применения лапароскопических швов, составили в общей сложности 30 пациентов. Во всех наблюдениях рана желудка была состоятельна. Основными проблемами, выявленными исследователями, явилось отсутствие триангуляции и необходимой жесткости эндоинструментов. Для устранения недостатков TGC предпринимались попытки ввода инструментов в брюшную полость другими способами. Около 25% мужчин и 10,8% женщин согласны на TGC. Fong D.G. et al. (2007), Pai R.D. et al. (2006, 2007) опубликовали опыт первых трансанальных лапароскопий. Доступ снизу дает хороший прямой вид на верхний этаж брюшной полости. Имея это в виду, Lima E. et al. (2006) выполнили первую трансвезикальную лапароскопию. В 2007 году те же авторы использовали комбинацию трансгастрального и трансвезикального подхода для решения проблемы триангуляции, сделали серию ХЭ на экспериментальных животных. Таким образом, большинство исследований утверждают, что большее операционное время, затраченное при выполнении NOTES ХЭ, будет компенсировано сокращением срока пребывания пациентов в стационаре. Однако это заключение требует проведения крупных многоцентровых рандомизированных исследований. В то время, пока инструменты для NOTES совершенствуются, «гибридный» подход может быть более предпочтительным в целях повышения безопасности NOTES. Одними из первых Branco F.A. et al. (2007) опубликовали свой опыт гибридной TVC, при выполнении которой авторы дополнительно устанавливали один трансабдоминальный троакар. Так возникло новое направление – минилапароскопически ассистированная хирургия через естественные отверстия (Minilaparoscopy Assisted Natural Orifice Surgery – MANOS). К сожалению, на сегодняшний день нет достаточного количества исследований, результаты которых позволили бы оценить уровень инфицирования брюшной полости при выполнении NOTES ХЭ. Вполне вероятно, что использование антибиотиков для трансгастрального вмешательства, наряду с применением различных форм внутрипросветной дезинфекции для трансвагинальной и трансанальной операции будет обеспечивать пациенту достаточную безопасность. Первым роботом-хирургом, появившимся на рынке в 1994 году был голос-контролируемый держатель камеры «AESOP» (Computer Motion Inc.). Прорывом в роботизированной хирургии является развитие хирургической системы «da Vinci Surgical System» (Intuitive Surgery, Inc.). Она обеспечивает ряд преимуществ, таких как 3D обзор, масштабирование движений, интуитивные манипуляции, визуальное погружение и нивелирование мануального тремора. В настоящее время два типа роботов применяются в медицинской практике: «da Vinci» и «Zeus». В хирургический робот первоначально планировалось внедрить пульт дистанционного управления

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

для телехирургии, но сейчас он используется в операционном зале для облегчения лапароскопической хирургии. Преимущества роботизированной технологии включают улучшение ориентации и ловкости, особенно когда операция требует наложения швов или повышения эргономичности манипуляций при больших углах действия. Миниатюризация роботов может значительно повысить число степеней свободы NOTES технологии. Несколько минироботов возможно одновременно установить в брюшной полости, обеспечивая обзор под разными углами. Также мобильный миниробот может быть использован в транслюминальной хирургии, в частности, его работа была успешно продемонстрирована при выполнении TGC у свиней. Таким образом, разработанные методики роботизированной ХЭ являются перспективными, но их преимущества еще предстоит определить.

205. Лапароскопические операции в лечении эзофагогастроинтестинальных кровотечений

Якута И.С.(1), Завада Н.В.(2), Тарасик Л.В.(1), Козик Ю.П.(1)

Г. Минск

1) УЗ 10 ГКБ2) ГУО БелМАПО

Актуальность. Совершенствование навыков лапароскопической техники с использованием современных эндовидеосистем, методов эндоскопического гемостаза, сшивающих эндоаппаратов позволило значительно расширить возможности лапароскопической хирургии в лечении пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Вместе с тем, многие аспекты данной проблемы не решены и в настоящее время. Цель. Оценить эффективность применения лапароскопических технологий в лечении пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Материалы и методы: С ноября 2005 по март 2014 года в Минском городском центре желудочно-кишечных кровотечений эндовидеохирургические операции при гастроинтестинальных кровотечениях выполнены у 153 пациентов в возрасте от 21 до 72 лет. Мужчин было 92 (60,1%), женщин – 61(39,9%). При поступлении в центр кровопотеря тяжелой степени имела место у 15 (9,8%) больных, средней степени тяжести у 58 (37,9%) и легкой степени – у 80 (52,3%) пациентов. Источником кровотечения при эндоскопическом исследовании у 17 (11,1%) пациентов была язва тела желудка медиогастральной локализации; у 25 (16,3%) – хроническая язва двенадцатиперстной кишки; у 102 (66,7%) – эрозии и язвы кардиоэзофагеальной зоны при гастроэзофагеальной

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

рефлюксной болезни (ГЭРБ) , обусловленной грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД); у 4 (2,6%) - полипы желудка, у 2 (1,3%) - изъязвленная фиброаденома антрального отдела желудка. У 3 (1,96%) больных с тонкокишечным кровотечением показания к оперативному лечению определялись после КТ-диагностики. Лапароскопическая резекция тощей кишки выполнена пациентке с лейомиомой. Лапароскопическая резекция подвздошной кишки произведена у 2 (1,3%) пациентов (при ангиоматозе и при экстрагенитальном эндометриозе с поражением подвздошной кишки). После достижения эндоскопического гемостаза и проведения предоперационной подготовки, скрининг-обследования (R-исследование, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопический контроль, подтверждающий эффективность гемостаза) 17 (11,1%) пациентов с язвенной болезнью желудка оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения при стабильных гематологических и гемодинамических показателях. Лапароскопически ассистированная резекция желудка по Б-1 выполнена 2 (1,3%) больным; и 15 (9,8%) – лапароскопический вариант пилоросохраняющей медио-гастральной резекции желудка по принятой в клинике методике (патент РФ № 11969). Размеры язв колебались от 1 см до 3 см. У 8 (5,2%) пациентов кровотечения сочеталось с обширной пенетрацией язв в малый сальник и поджелудочную железу. Лапароскопическое иссечение кровоточащей язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки с мостовидной дуоденопластикой, селективной проксимальной ваготомией (СПВ) и фундопликацией по Nissen произведено 2 (1,3%) пациентам. 23 (15,0%) больным с длительным язвенным анамнезом и рецидивным кровотечением после достижения эндоскопического гемостаза и проведения интенсивного курса противоязвенной и гемостатической терапии с эндоскопически подтвержденной эпителизацией язвенного дефекта, при гиперацидности и отсутствии рубцовой деформации дуоденальной стенки произведена изолированная СПВ с фундопликацией по Nissen (16 пациентов) и по Черноусову (7 пациентов). Полип передней стенки желудка на широком основании явился источником кровотечения у 4 (2,6%) пациентов, которым выполнена лапароскопическая гастротомия с иссечением полипа. У 2 больных после достижения эффективного эндоскопического гемостаза и точной морфологической верификации произведено лапароскопическое удаление фиброаденомы передней стенки антрального отдела желудка и ушивание гастротомического отверстия отдельными эндошвами. У 102 (66,7%) пациентов показанием к эндовидеохирургическому лечению стала осложненная кровотечением ГЭРБ, обусловленная ГПОД. После эпителизации язвенных дефектов задняя крурорафия в сочетании с двусторонней фундопликацией по Toupet выполнена 54 (35,3%) больным. Лапароскопическая задняя крурорафия с фундопликацией по Nissen произведена 36 (23,5%) пациентам, которая у 3 больных дополнялась СПВ. У 12 (7,8%) пациентов лапароскопическая фундопликация выполнялась по принятой в клинике оригинальной методике. У 18 (11,8%) больных оперативные вмешательства сочетались с лапароскопической холецистэктомией и у 1 пациентки с лапароскопической атипичной резекцией левой доли печени с гемангиомой. Результаты и обсуждение. Летальные исходы и интраоперационные осложнения отсутствовали. В раннем послеоперационном периоде после лапароскопических резекций желудка у 2 пациентов отмечены явления анастомозита и у 1 больного

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пилороспазм, которые быстро купировались консервативно. После лапароскопических антирефлюксных операций у 9 (5,9%) больных наблюдалась кратковременная дисфагия. Осложнений, потребовавших релапароскопию, не было. Отмечено отсутствие рецидива язвенной болезни, патологических рефлюксов, нормализация кислотопродукции, обеспечение удовлетворительной моторно-эвакуаторной функции желудка. Выводы. Несмотря на определенную сложность выполнения, эндовидеолапароскопические операции при желудочно-кишечных кровотечениях являются эффективными, безопасными и отвечают всем критериям малоинвазивных оперативных вмешательств.

206. Использование компьютерной томографии в выборе эндовидеохирургического доступа для адреналэктомии

Н.А. Майстренко, П.Н. Ромащенко, С.Г. Блюмина

Санкт-Петербург

ВМедА им. С.М. Кирова кафедра факультетской хирургии

Цель исследования: изучить современные возможности компьютерной томографии (КТ) в топической диагностике опухолей надпочечников и обосновании рационального эндовидеохирургического (ЭВХ) доступа для выполнения адреналэктомии (АЭ); Проведен анализ отдаленных результатов 977 оперативных вмешательств у больных с хирургическими заболеваниями надпочечников, среди которых 372 прооперированы эндовидеохирургическим способом со сроками наблюдения до 25 лет. Анализ клинико-лабораторных и инструментальных данных больных, оперированных ЭВХ, позволил установить диагноз заболевания: альдостерома – у 23,2%, кортикостерома – у 27,2%, феохромоцитомы – у 21,7%, адреналкортикальный рак – у 9,6%, субклинические формы – у 15,2% (пре-альдостеромы, пре-кортикостеромы, «немые» феохромоцитомы), андростерома – у 3,1%. Для оптимизации тактических и технических подходов к выполнению адреналэктомии лапароскопическим и ретроперитонеоскопическим доступами проведены топографо-анатомические и компьютерно-томографические исследования. Установлено, что современные возможности КТ позволяют на дооперационном этапе оценить топографию и синтопию опухоли надпочечника и смоделировать рациональный вариант ЭВХ АЭ. При низкой локализации опухоли правого надпочечника, как правило, у лиц брахиморфного телосложения, или необходимости выполнения симультанных операций в брюшной полости целесообразно выполнение АЭ

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароскопическим способом. Обычная или высокая локализация правого надпочечника с опухолью, преимущественно у лиц долихоморфного телосложения, или его ретрокавальном расположении, или впадении центральной надпочечниковой вены в заднюю стенку нижней полой вены определяют оптимальным вариантом выполнения правосторонней АЭ ретроперитонеоскопическим доступом. При левосторонней локализации опухоли надпочечника у лиц с брахи-, мезо- и долихоморфным телосложением рациональным ЭВХ доступом является ретроперитонеоскопический. Топическая КТ-диагностика аденокортикального рака (T1-4 N1M0; T3-4N0M0) или опухоли диаметром более 8 см (для феохромоцитомы более 5 см) представляет целесообразным выполнением АЭ путем открытых оперативных вмешательств (торакофренотомии или торакофренолапаротомии) с удалением забрюшинной клетчатки верхнего паранефрия с регионарными лимфатическими узлами и проведением адьювантной полихимиотерапии. Анализ результатов КТ 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 КТ 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. Результаты малоинвазивных операций на надпочечниках свидетельствуют о снижении количества осложнений в 2,5 раза по сравнению с открытыми, обеспечивая при этом раннюю реабилитацию больных и высокое их качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

207. Эндовидеохирургия в лечении острого панкреатита за прошедшие 20 лет.

Лесик П.С., Пашаев А.А., Сутурин С.П., Кириченко С.С.,

г.Одинцово Московской области

Филиал №3 «ЗЦВКГ имени А.А.Вишневого» Минобороны РФ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Актуальность. По данным литературы частота острого панкреатита (ОП) за последние 20 лет существенно возросла, достигнув в структуре 25% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Причем в 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. С развитием панкреонекроза у 70% больных происходит инфицирование очагов деструкции. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляет по данным ряда авторов около 80%. Послеоперационная летальность за последние пять лет (2008-2012г.г.) в г. Москва составляет 12 - 14% (20-30% в прошлом десятилетии), у леченных консервативным путем - 1,1- 5%. Материалы и методы. Мы изучили наши материалы за последние 10 лет по результатам лечения 322 больных, в сравнении с предыдущим десятилетием. Острый панкреатит (ОП) в последнем десятилетии составил 8,5 - 9% (7 - 10% до 2000года). Более 75% лечившихся больных составили трудоспособную часть населения, из них - 69% мужчин и 31% - женщин, как и в прошлом десятилетии. По сравнению с прошлым десятилетием на 20% увеличилось число пенсионеров. Причиной возникновения заболевания было: переедание у 64,9%, употребление алкоголя у 23,4% , еще в 10,3% - желчекаменная болезнь, и 2,4 % - причины смешанные. До суток с момента заболевания поступило 51,4% больных (47,1% до 2000года), более недели - 6,7% больных (5,4% в прошлом десятилетии). Состояние при поступлении оценивали клиническими и бальными методами по ВПХ СП в нашей модификации. В удовлетворительном состоянии, (до 10 баллов) поступило 27,8% больных, состоянии средней тяжести (до 20 баллов) - 43% больных, в тяжелом состоянии, (до 30 баллов) - 26,5%, в крайне тяжелом (до 45 баллов) - 1,4% больных. Из поступивших, в крайне тяжелом и тяжелом состоянии до 30 и более баллов, умерло 25% больных (30-40% в прошлом десятилетии). Из числа поступивших амилаза в крови была повышена у 29,1%, в моче у 28,5% больных, высокая (более 500ЕД) в крови у 6,9% больных, в моче (более 1000 ЕД) у 19% больных. По нашим данным, чем более выражен процесс деструкции, тем дольше сохраняется амилаземия и амилазурия, При УЗИ диффузные изменения в поджелудочной железе выявлены у 47,2% больных в основном, при состоянии средней степени тяжести и удовлетворительном, до 20 баллов. При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания до 30 баллов и более, у 26,5% больных с неоднородной структурой железы выявлен: у 15% абсцесс в сальниковой сумке, в 45% жидкость в сальниковой сумке, в 70% жидкость в животе и в 50% жидкость в плевральных полостях. ФГДС - выполнена всего 69,4% больным. Из них: у 2% выявлена язва 12 перстной кишки, в 6% - эзофагит, в 46% - гастрит, в 34% - бульбит. Только в 10% больных выявлен симптом «раздраженного желудка» и в 2% нормальная слизистая. То есть часть больных, с диагнозом ОП могла иметь другое заболевание ЖКТ. Наиболее достоверным методом диагностики деструктивного панкреатита, по нашим данным, является КТГ. В силу технических причин КТГ выполнено всего у 26,4% тяжелых, наиболее нуждающихся, больных. Из них у 52,6% больных выявлена деструкция железы, в 26,1% - отек и диффузные изменения, в 21,2% - формирующаяся киста железы, в 52,5% выявлена жидкость в животе, в 26,3% - гидроторакс, у 26,3% - пневмония. У ряда больных с тотальным панкреонекрозом КТГ выполнялась 3 - 5 и более раз, для оценки течения процесса и своевременного дренирования жидкостных образований. Из

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

числа поступивших оперативные вмешательства применялись у 59 больных с ОП. Оперативная активность по годам составила 16 – 18 % от числа больных. Лечилось консервативным путем 289 больных (по годам 80 – 83%). Из числа, оперированных: до суток -37,5% больные с клиникой перитонита и желтухи, до 6-и суток с момента заболевания -41,7% больных с прогрессирующим не купирующейся интоксикацией и желтухи, около 20% оперировано до 10 и более суток, то есть с появлением явных признаков инфицирования панкреонекроза (Это алиментарные панкреатиты). На операции выявлены следующие патологоанатомические изменения: смешанный панкреонекроз у 69,2% больных, геморрагический у 23,1%, жировой у 7,7% больных. У 5,7% больных поступивших с ОП выявлен острый калькуллезный холецистит с вторичным билиарным панкреатитом. Осложнения заболевания среди оперированных были: перитонит – асцит у 29,1% больных, абсцесс сальниковой сумки у 29,1%, гнойный холангит у 20,8%, механическая желтуха у - 12,7%%, парапанкреатическая и параколическая флегмона у 70,8%, перикардит у 16,7%, плевриты у 58,7% , ОКН у 16,7%, ПОН у 29,1% больных. Послеоперационные осложнения наблюдались у 42,8% больных. Из числа операций, выполненных больным, на первом месте по числу сохраняется верхнесрединная лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы с дренированием сальниковой сумки – 41,7%, на втором месте 29,2%-лапароскопия, лапароскопическая холецистэктомия дренирование желчных путей, санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, на третьем - 12,5% лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, 8,3% больным выполнена лапаротомия, холецистэктомия санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Эндоскопическая папилосфинктеротомия выполнена у 12,5% больных с пункцией сальниковой сумки под УЗИ у 7,7% и пункцией плевральных полостей под УЗИ у 15,4% больных. Одному больному выполнена троакарная оментобурсостомия. Из числа оперированных, у 33,3% больных были многоэтапные некрэктомии в количестве от 3 до 17 на одного больного, проводимые в среднем через 1- 2 суток. Средний койко-день, у лечившихся, составил 17,2 дня, в том числе: у оперированных больных, средний койко-день был 39,6, у не оперированных - 9,8 дня. За 10 лет умерло 19 больных. Общая летальность составила 5,9 %. Среди оперированных летальность составила – 23,2%, среди не оперированных - 2,3%. В прошлом десятилетии (1990-2000г) послеоперационные осложнения встречались в 35% случаев. Общая летальность составляла по годам 5- 8%. Средний койко-день составлял по годам, от 17 до 20 дней. Вывод. 1. Несмотря на улучшение технической вооруженности, наличие лапароскопической техники, исходы лечения острого панкреатита в последнем десятилетии существенно не улучшились. 2. Несоблюдение современных тактических подходов, отраженных в нашем пособии от 2014 года по вопросам: сроков госпитализации, сроков операции, методов оперативного лечения не привело к улучшению результатов лечения . Литература: 1. Хубутия М.Ш., Луцык К.Н., Лотов А.Н., Ермолов А.С. Бугаев С.А. и др. НИИ им НВ Склифасовского . Возможности берегающей хирургии в лечении больных с осложнениями тяжелого панкреатита. // Материалы 5-го конгресса «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» . М.-2013.-С125-125. 2. Чадаев А.П., Буткевич А.Ц., Хизриев Э.А. Хирургическая тактика при обширном инфицированном

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

панкреонекрозе //Всероссийская конференция хирургов. Красногорск.-2004.-С.376-379.

208.Видеолапароскопическая баугиенопластика у больных с рефлюкс энтерита

Содиков Я.С., Курбонов К.М.

г. Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения рефлюкс – энтерита (РЭ) Материал и методы. За последнее 10 лет в клинике видеолапароскопическом методом оперировано 52 больных с РЭ. Мужчин было – 12 (23%), женщин -40 (77%). Возраст больных составило от 22 до 69 лет. РЭ первично наблюдалось у 39 (75%) пациентов при желчнокаменной болезни, в 13 (25%) случаях она развивалась при деформации илеоцекального угла после аппендэктомии, а также вследствие спаечного процесса. Для диагностики РЭ больным проводили УЗИ, ирригоскопию и колоноскопию. Результаты. При проведении комплексного инструментального исследования в 18 (34,5%) наблюдениях диагностировали РЭ I степени, в 22 (42,5%) РЭ II степени и в 12 (23%) РЭ III степени. При наличии РЭ I степени и ЖКБ в 15 (29%) наблюдениях выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) в сочетании с баугиенопластикой. В 37 (71%) наблюдениях выполнялось коррекция недостаточности баугиеновой заслонки с использованием эндопротеза по разработанной в клинике методике (Патент РТ). При этом в 24 (46%) случаях она сочеталась с ЛХЭ. Послеоперационные осложнения имело место у 3 больных, летальных исходов не наблюдали. Заключение. Видеолапароскопические вмешательства при РЭ, является эффективными методами профилактики органических заболеваний тонкой кишки и рецидивов желчнокаменной болезни.

209. Результаты видеолaparоскопической адреналэктомии

Лубянский В.Г., Аргучинский И.В., Дробот Р.Е.

Барнаул

АГМУ

Цель исследования – проанализировать результаты видеолaparоскопической адреналэктомии у больных с опухолями надпочечников. Материалы и методы: К клинике оперировано 104 пациента с доброкачественными опухолями надпочечников, которым проводилась видеолaparоскопическая адреналэктомия. Среди них было женщин – 68, мужчин 36. Средний возраст составлял 32,7+/- 1,2 года. Техника операции включала: мобилизацию селезеночного угла ободочной кишки и селезенки при левостороннем доступе. При правостороннем доступе после поднятия ретрактором печени надпочечник визуализируется под брюшиной. Диссекцию надпочечника производили после рассечения брюшины. Для мобилизации использовали генератор «LigaSure». Следующим этапом было выделение, клипирование, пересечение центральной вены надпочечника. Она верифицируется в ходе диссекции позади от стенки нижней полой вены. Удаление надпочечника из брюшной полости осуществляли в стандартном контейнере. При анализе результатов гистологического исследования установлено, что альдостерома обнаружена у – 21 чел (20,2%); феохромоцитомы – 14 чел (13,5%); кортикостерома - 10 чел (9,6%); кисты – 19 чел (18,3%); адреналкортикальная аденома - 40 чел (38,4%). Большинство больных с адреналкортикальной аденомой имели опухоли более 5 см – 22 чел (55%), до 3 см - 14 чел (35%). Все больные обследованы с использованием компьютерной томографии органов брюшной полости, магниторезонансной томографии. Всем пациентам проведено исследование гормонального статуса. Изучался уровень альдостерона, кортизола, катехоламинов. Результаты: При анализе результатов обследования было выявлено, что большинство опухолей были инциденталомы, которые визуализировались при компьютерной томографии. Установлено, что у 12 больных опухоль от 3 см до 5 см располагалась за НПВ. Слева опухоль у части пациентов имела малые размеры и располагалась на расстоянии 3-5см выше левой почки, что представляло определенные проблемы в процессе визуализации надпочечника. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась активизация пациентов уже в первые сутки. В отдаленном сроке, до 2 лет, рецидивов не выявлено. При анализе результатов гистологического исследования установлено, что у 32% пациентов аденома исходила из клубочковой зоны коры надпочечников. У 47,11% пациентов, ранее имевших признаки артериальной гипертензии, отмечается снижение артериального давления или вообще его полная нормализация. Положительная динамика артериальной гипертензии наблюдались у пациентов с феохромоцитомой, из 14 прооперированных пациентов у 100% отмечается снижение или нормализация артериального давления. После операции по поводу альдостеромы артериальное давление нормализовалось у 18 пациентов (85,7%), 80% пациентов имеющие кортикостерому отметили положительную динамику в отношении

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

нормализации или снижения АД. Нами проведен анализ гормональной сферы у пациентов прооперированных по поводу альдостеромы надпочечника. Было установлено, что у 95,23% пациентов произошла нормализация показателей уровня альдостерона в крови после оперативного лечения. Особый интерес представляет факт нормализации АД у больных с инциденталомиями. По-видимому, повышение АД у пациентов с малыми опухолями надпочечников связано с эпизодическим выбросом малых доз гормонов в системный кровоток, с формированием вазопрессорных эффектов. Причиной этого может являться рост опухоли в клубочковой зоне коры надпочечников. Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что выраженность тех или иных гормональных расстройств, а так же клинических проявлений после видеолaparоскопической адреналэктомии заметно снижалась или же полностью устранялись. Независимо от морфологического варианта опухоли, рецидивов в отдаленном периоде выявлено не было.

210. Анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости.

Михайлова С.А., Бордуновский В.Н., Гамза В.Н., Котельников О.А.

Челябинск

ГБУЗ ОКБ №2

Цель исследования. Анализ осложнений, после выполнения лапароскопических операций у больных ранее оперированных на органах брюшной полости. Материалы и методы. Представлены результаты лечения 150 больных, ранее оперированных на органах брюшной полости, за период 2010-2013гг. По локализации послеоперационного рубца на передней брюшной стенке : 58 (38,6 %) пациентов были после операций на верхнем этаже брюшной полости, 92 (61,4 %) после операций на нижнем этаже. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по поводу острого 62 (41,4%) и хронического 88 (58,6%) калькулезного холецистита. Результаты и обсуждение. Осложнения ЛХЭ встречаются, по данным зарубежной печати, у 3 - 8 % больных и делятся на 2 группы: интраоперационные и послеоперационные. Интраоперационные 4 (2,6%), в свою очередь, делятся на осложнения в процессе самой лапароскопии 1 (0,65%) и в процессе холецистэктомии 3 (1,95%). Осложнения лапароскопии связаны, чаще всего, с наложением пневмоперитонеума, их частота зависит от опыта хирурга и составляет не более 1 %. Осложнения в процессе холецистэктомии характерны как для

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

открытой операции, так и для лапароскопической. Нами зафиксировано 5 случаев (3,25%) осложнений после ЛХЭ у ранее оперированных больных на органах брюшной полости. Основными из них были кровотечение из ложа ж/пузыря 2 (1,3%), кровотечение из пузырной артерии 1 (0,65%). В послеоперационном периоде зафиксирован 1 случай (0,65%) нагноения послеоперационной раны. К наиболее серьезным осложнениям холецистэктомии относятся повреждения внепеченочных желчных протоков, которые при лапароскопической холецистэктомии встречаются в 3 - 10 раз чаще. Опасность повреждения внепеченочных желчных протоков при ЛХЭ выше, чем при открытой операции по ряду причин: отсутствие возможности мануальной ревизии и перехода в случае необходимости к выделению желчного пузыря от дна; изменение анатомической конфигурации желчных путей при тракции желчного пузыря; сочетание тонкого холедоха и короткого пузырного протока; наличие острого холецистита, воспалительного инфильтрата в зоне операции, синдрома Мириizzi; наличие спаек в зоне треугольника Кало. В нашем материале повреждений внепеченочных желчных протоков не наблюдалось. Для сопоставления результатов различных методов лечения желчнокаменной болезни, был проведён сравнительный анализ осложнений трёх групп больных: 1-больные перенесшие “открытую” холецистэктомию (ОХЭ) N- 110; 2- больные после ЛХЭ, не оперированные ранее, N-150 ; 3-больные, ранее оперированные на органах брюшной полости, перенесшие ЛХЭ N- 150. Интраоперационные осложнения в 1 группе после открытой холецистэктомии отмечены у 3-х больных (2,7%), во 2 группе у 3-х больных (1,98%), в 3 группе у 4-х больных (2,6%). Послеоперационные осложнения в 1 группе после открытой холецистэктомии были у 5 больных (5,4%), во 2 группе у 2-х больных (1,32%), в 3 группе у 1 больного (0,65%). Итого осложнения в 1 группе в 8 (8,1%) случаях, во 2 группе в 5 (3,3%) случаях, в 3 группе в 5 (3,25%) случаях. Группы по возрастному составу, соматическим расстройствам и характеру процесса в брюшной полости статистически не различались ($p>0,05$). Выводы. Таким образом, частота осложнений после ЛХЭ у ранее оперированных больных, по нашим данным, оказалась сопоставима с количеством осложнений у больных, не имеющих рубцов на животе ($p>0,05$) и меньше, чем после “открытой” холецистэктомии ($p<0,05$). Минимальная травма брюшной стенки и брюшины уменьшает вероятность появления послеоперационных осложнений и образования спаек в брюшной полости. Дальнейшее совершенствование техники операции, накопление опыта способствует уменьшению числа осложнений. >

211.Рак прямой кишки: от лапароскопической к трансанальной мезоректумэктомии

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Расулов А.О. , Мамедли З.З. , Джумабаев Х.Э. , Кулушев В.М. , Козлов Н.А.

Москва

ФГБНУ «РОНЦ им.Н.Н.Блохина»

Введение. Выполненная «открытым» способом тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ) сопровождается осложнениями как со стороны органов малого таза - мочеполовые расстройства, так и стандартными для лапаротомной раны: нагноения, послеоперационные грыжи. С начала 1990-х годов развитие мини-инвазивных технологий привело к внедрению лапароскопически-ассистированных операций в хирургию рака прямой кишки. Малая травматичность, лучшая визуализация и более прецизионная работа в анатомических слоях привели к улучшению послеоперационных результатов. Адекватность онкологического радикализма подобных вмешательств подтверждают отдаленные результаты сопоставимые с «открытыми» операциями. Наиболее труднодоступным является нижнеампулярный отдел прямой кишки, о чем свидетельствует высокая частота «положительного» латерального края резекции при «открытой» ТМЭ достигающая 22% в исследовании COLOR II, в то время как при лапароскопической ТМЭ этот показатель составляет 9%. Тем не менее, высокая частота конверсий (16-33%), особенно, у «неудобных» пациентов с избыточным весом, «узким» тазом и т.п. вынуждает к поиску альтернативных методов мезоректумэктомии. В последние несколько лет рядом зарубежных авторов опубликованы результаты ТМЭ, выполненной трансанальным доступом (реверсивным или снизу-вверх), и показано что метод является безопасным и воспроизводимым. Предполагается, что трансанальная ТМЭ, за счет лучшей визуализации «сложных зон» таза и выделения прямой кишки с окружающей клетчаткой «снизу-вверх» позволит правильно обозначить латеральную границу резекции между висцеральной и париетальной фасциями и улучшит как функциональные результаты в результате сохранения интактными вегетативных нервных сплетений таза, так и онкологические, за счет снижения частоты «положительного» латерального края. Методы. В отделении проктологии РОНЦ Блохина с октября 2013г и по настоящее время проводится проспективное исследование, целью которого является сравнение онкологических, пери- и после-операционных и функциональных результатов у пациентов после трансанальной ТМЭ с лапароскопической ассистенцией и лапароскопически-ассистированной ТМЭ. Оценка качества мезоректумэктомии сравнивалось согласно классификации Quirke, где grade 3 соответствует удовлетворительному качеству хирургии, а grade 1 - неудовлетворительному. Проводилось сопоставление продолжительности оперативного вмешательства, объема кровопотери, частоты конверсии, способа извлечения препарата. Периоперационные результаты сравнивались по частоте и видам осложнений, их степени тяжести (по Clavien-Dindo), количества послеоперационных койко-дней. Результаты. Всего проанализировано 34 пациента, 18 в трансанальной ТМЭ группе (та-ТМЭ) и 16 в лапароскопически-ассистированной ТМЭ группе (лап-ТМЭ). Медиана расстояния дистального края опухоли от анального края в группе та-ТМЭ 7см, лап-ТМЭ 8см, $p > 0.05$. Пятнадцати пациентам в группе та-ТМЭ и 6 в

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

группе лап-ТМЭ проведено неoadьювантное химиолучевое лечение. Третья стадия выявлена у 5 и 3 пациентов та-ТМЭ и лап-ТМЭ, соответственно. Два пациента в группе лап-ТМЭ оперированы по поводу тубуло-ворсинчатой аденомы с тяжелой степенью дисплазии, размерами более 5,0 см. Продолжительность операции и объем кровопотери достоверно не различались, медиана 308мин и 335мин, медиана 90мл и 65мл, для лап-ТМЭ и та-ТМЭ, соответственно. В каждой группе было по 1 конверсии: в группе лап-ТМЭ обусловленная гиперкапнией, в группе та-ТМЭ кровотечение из селезенки при мобилизации изгиба (ИМТ 38), ($p>0.05$). Трансанальное извлечение препарата в та-ТМЭ было выполнено в 94%, против 47% в группе л-ТМЭ, $p<0.05$. Осложнения наблюдались в 33% и 31% в группе та-ТМЭ и лап-ТМЭ, соответственно, ($p>0.05$). По числу и характеру осложнений достоверных различий между та-ТМЭ и лап-ТМЭ выявлено не было. Осложнения степеней IIIb, IVb и V по Clavien-Dindo отмечено не было. Медиана койко-дня после операции в группе та-ТМЭ составила 8,5 дней против 8,0 дней в группе лап-ТМЭ ($p>0.05$), соответственно. В группе та-ТМЭ grade 3 – 14пациентов, grade 2 – 2 пациентов, grade 1 – 2 пациентов против grade 3 – 10, grade 2 – 4 пациентов, grade 1 – 2 в группе лап-ТМЭ, $p>0.05$. Медиана кол-ва исследованных лимфатических узлов, в группе та-ТМЭ составила 16,5 против 19 в группе лап-ТМЭ, $p>0.05$. Положительный циркулярный край резекции наблюдался у одного пациента в группе та-ТМЭ, $p>0.05$. Медиана дистального уровня резекции не имела достоверных различий и составила 25 мм для та-ТМЭ и 24мм для лап-ТМЭ, соответственно. Заключение. Трансанальная мезоректумэктомия безопасна, не сопровождается увеличением интра- и послеоперационных осложнений, в сравнении с лапароскопической ТМЭ. Трансанальное удаление препарата позволяет избежать лапаротомии и, соответственно, связанных с нею осложнений. Необходимы дальнейшие исследования с целью оценки функциональных и онкологических результатов.

212.Трансанальная эндомикрохирургия в лечении рака прямой кишки.

Расулов А.О. , Мамедли З.З. , Кулушев В.М. , Козлов Н.А. , Джумабаев Х.Э. , Кузьмичев Д.В. , Полюновский А.В. , Алиев В.А.

Москва

ФГБНУ “РОНЦ им.Н.Н.Блохина”

Введение: трансанальная эндо-микрохирургия (ТЭМ) является распространенным и широко применяемым методом резекции доброкачественных опухолей и рака прямой кишки T1 стадий с

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

благоприятными прогностическими признаками. Технический прогресс и совершенствование методик химио-лучевой терапии привело к увеличению до 30% «полного» патоморфологического ответа после неoadьювантного лечения рака прямой кишки. Большая частота «полных» и близких к «полному» ответов опухоли создает предпосылки для расширения показаний к трансанальной эндомикрхирургии у пациентов cT2-3bN0 (TREC, ACOSOG Z6041, CARTS, GRECCAR). Преимуществом этого нового подхода является сохранение органа (прямая кишка) и связанное с этим улучшение качества жизни. Материалы и методы: методом ТЭМ в отделении проктологии РОНЦ с октября 2013 г. оперировано 20 пациентов. Из них по поводу рака – 12, по поводу ГИСТ – 1, по поводу доброкачественных опухолей – 7. Мужчин было 14, женщин – 6. Медиана расстояния от ануса до дистального края опухоли составила 7 см (от 4 до 12). По локализации в отделах прямой кишки в нижнеампулярном отделе (0-5 см) опухоль локализовалась у 25% (5/20), в средне-ампулярном (6-10 см) - у 65% (13/20) и в верхне-ампулярном - у 10% (2/20). С января 2014г. начато проспективное исследование по изучению эффективности комбинированного лечения рака прямой кишки T2-3bNoMo стадии. Критерии включения: аденокарцинома прямой кишки, размерами до 4,0 см, лимфатические узлы мезоректума до 5 мм по данным МРТ. Критерии исключения: гистологические или радиологические признаки лимфоваскулярной инвазии, лимфоузлы более 5 мм. Неoadьювантное лечение – лучевая терапия (ЛТ) разовой очаговой дозой (РОД) 2 Гр, до суммарной очаговой дозы (СОД) 50 Гр, на фоне приема препарата капецитабин в суточной дозе 1650 мг/м² с двумя курсами последующей консолидирующей ХТ капецитабином в аналогичной дозе. Оценка эффекта лечения проводилась на 12 неделе по окончании ХЛТ. Результаты: все пациенты верифицированным раком прямой кишки наблюдаются без признаков рецидива болезни. В протокольное исследование включено 5 пациентов, все пациенты перенесли лечение в полном объеме. Гистологическое исследование подтвердило «полный» патоморфологический ответ (ypT0) у 4 пациентов (80%) и близкий к «полному» (ypT1) у 1/5 (20%). Время операции составило: медиана 95 мин (35-235 мин). В одном наблюдении произведена циркулярная резекция прямой кишки по поводу «гигантской» ворсичатой опухоли протяженностью 12,0 см (235 мин - время операции). Медиана послеоперационного койко-дня - 5 (5-15). У 3 пациентов отмечена несостоятельность шва, в одном наблюдении с лихорадкой до фебрильных показателей, что потребовало консервативного лечения,. Заключение: ТЭМ является выгодной альтернативой резекции прямой кишки при крупных ворсинчатых новообразованиях и ранних стадиях рака. Использование этой методики после неoadьювантной ХЛТ по поводу рака T2-3b позволяет сохранить прямую кишку при полной регрессии опухоли и обосновать показания к резекции кишки в остальных случаях.

213. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении атипичных форм острого аппендицита и его осложнений

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

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино
1Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе2

Проведен анализ оценки возможностей улучшения диагностики и лечения атипичных форм острого аппендицита и его осложнений. Во всех 65 случаях диагностическая лапароскопия при остром аппендиците трансформирована в лечебную, что при этом в 35,4% случаев выявлены атипичные формы и в 6 наблюдениях аппендикулярные и периаппендикулярные абсцессы. После лапароскопических аппендэктомий в 3,1% случаев отмечено осложнения, что были ликвидированы консервативно. Цель исследования. Изучить возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении атипичных форм острого аппендицита (ОА) и его осложнений. Материалы и методы. В эндохирургическом отделении ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе за 9 месяцев 2014 г. 65 больным с диагнозом ОА произведено видеолапароскопия. Возраст больных варьировал от 16 до 60 лет. Мужчин было 27 (42,8%), женщин – 36 (57,2%). При поступлении больным выполнялся весь спектр клинико-лабораторных исследований, а также УЗИ брюшной полости. Среднее время от начала заболевания до момента госпитализации – 23 часа. У 3 (4,6%) больных выявлены сопутствующие заболевания: сахарный диабет, артериальная гипертензия, язвенная болезнь, ожирение II-III степени. У 8 (12,3%) пациентов – в анамнезе наличие оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Результаты. Во всех случаях диагностическая лапароскопия при ОА трансформирована в лечебную. На диагностическом этапе у 23 (35,4%) больных были выявлены атипичные варианты расположения червеобразного отростка, в том числе тазовое расположение – в 12 (18,5%), подпеченочное – 9 (13,8%) и ретроцекальное – в 2 (3,1%), что соответственно в дооперационном периоде сопровождалось трудностями клинической диагностики. В 6 наблюдениях отмечено картина аппендикулярного (n=2) и периаппендикулярного (n=4) абсцесса, что произведено дренирование полости абсцесса. Все лапароскопические аппендэктомии произведены наложением интракорпоральной лигатуры с наложением интракорпорального кисетного (n=2) и Z-образного шва (n=2) и погружением культи червеобразного отростка. В послеоперационном периоде отмечены 2 (3,1%) осложнения, в виде инфильтрата и скопления жидкости в полость малого таза, что ликвидированы консервативно. Средний койко-день при остром аппендиците составил 4,2. Заключение. Применение видеолапароскопии в диагностике и лечении атипичных форм

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ОА и его осложнений является перспективным и позволяет улучшить качество оказания медицинской помощи больным с острым аппендицитом.

214. Сравнительный анализ лапароскопической и традиционной аппендэктомии

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

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино1
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе2

Проведен сравнительный анализ результатов лапароскопической и традиционной аппендэктомии у 130 больных с острым аппендицитом. Основную группу составили 65 пациентов после ЛАЭ, и 65 – после традиционной аппендэктомии. Продолжительность оперативного вмешательства при обоих способах приблизительно одинакова. Средняя длительность стационарного лечения составила - 8,7 дней при традиционной аппендэктомии и 7,0 при ЛАЭ. Послеоперационные осложнения при ЛАЭ отмечены в 3,1% случаев в виде инфильтрата (n=1) и скопления жидкости в полость малого таза (n=1), напротив 6,1% при традиционной аппендэктомии. Цель работы. Провести сравнительный анализ результатов лапароскопической и традиционной аппендэктомии. Материалы и методы. Предметом сравнения служило 130 больных с острым аппендицитом, оперированные на базе ГКБ скорой медицинской помощи. Из них 65 (50,0%) пациентов, которым произведено лапароскопическая аппендэктомия, и 65 (50,0%) – после традиционной аппендэктомии. Следует отметить, что в обеих группах больных включены исключительно рандомизированные формы острого аппендицита. Мужчин было 96 (73,8%), женщин – 34 (26,2%). Возраст больных варьировал от 16 до 73 лет, средний возраст $36,3 \pm 19$ лет. Результаты. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) выполнялась из стандартных трех лапаропортов. При диагностической видеолапароскопии выявлены различные формы острого аппендицита, как острый катаральный аппендицит у 5 (7,7%) больных, острый флегмонозный аппендицит – у 48 (73,8%), острый гангренозный аппендицит – у 6 (9,2%), аппендикулярный (n=2) и периаппендикулярный абсцесс (n=4) - у 6 пациентов. Местный перитонит отмечен у 14 (21,5%) больных. Обработка брыжейки червеобразного отростка производилась с применением монополярной электрокоагуляции. В 2 наблюдениях у

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

беременных аппендэктомия производилась применением биполярной электрокоагуляции. Обработка культи червеобразного отростка производилась наложением интракорпоральной лигатуры с наложением интракорпорального кисетного (n=2) и Z-образного шва (n=2) и погружением культи червеобразного отростка. Тактика выбора обработки культи червеобразного отростка зависела от различных морфологических изменений в области ее основания и в области купола слепой кишки. Непосредственные результаты лапароскопической аппендэктомии показали, что продолжительность оперативного вмешательства при проведении лапароскопической аппендэктомии составило 57 ± 17 мин., а средняя продолжительность оперативного вмешательства при проведении открытой аппендэктомии составило 60 ± 24 мин., что приблизительно одинакова. Следовательно, при соблюдении разработанных способов профилактики суб- и послеоперационных осложнений, оснащенность операционной и опыта специалистов при выполнении ЛАЭ, возможно значительное уменьшение продолжительности операции. Средняя длительность стационарного лечения составила 6,1 дней, следовательно - 8,7 дней при традиционной аппендэктомии и 7,0 при ЛАЭ, что, безусловно, говорит об исключительной зависимости данного критерия от способа операции. Послеоперационные осложнения при ЛАЭ отмечены в 3,1% случаев в виде инфильтрата (n=1) и скопления жидкости в полость малого таза (n=1), напротив 6,1% при традиционной аппендэктомии. Летальных исходов в группе исследования не отмечено. Заключение: Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что ЛАЭ по сравнению традиционной имеет ряд таких преимуществ как: более короткий срок госпитализации, наименьшее число послеоперационных осложнений, меньшая интраоперационная травматичность, ранняя активация больных и экономический эффект. Следовательно, при накоплении хирургического опыта и доступности современного оборудования, ЛАЭ, безусловно, имеет определенное преимущество перед открытой аппендэктомией.

215.Способ лапароскопической холецистэктомии из двух доступов у больных с хроническим калькулезным холециститом

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
1Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе
2

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В статье приводится опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии из двух доступов с использованием разработанного способа. Цель: Оптимизация выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с хроническим калькулезным холециститом из двух доступов с применением разработанного способа. Материалы и методы: Нами предложен способ выполнения лапароскопической холецистэктомии из двух доступов. Троякары устанавливаются в параумбиликальной и эпигастральной области. После через «эпигастральный» троакар в брюшную полость вводят иглу с капроновой нитью №1 и сначала манипулируя зажимом дно и область Гартмановского кармана желчного пузыря, в удобное для тракции место (чаще всего в области кармана Гартмана), субсерозно берется шов, и тем же иглой шов выводится в кожу правого подреберья. Указанный шов желчного пузыря должно находиться таким образом, что снаружи перехватив зажимом можно было бы произвести тракцию пузыря в цефалическом направлении, достигая адекватной визуализации печеночно-двенадцатиперстной связки для выделения пузырного протока и пузырной артерии, а затем и желчного пузыря. А два троакара находятся по отношению друг к другу под углом 45 градусов, что позволяет производить манипуляции в брюшной полости. Операцию заканчивают дренированием подпеченочного пространства микроиригатором через параумбиликальный разрез и тем же троакаром выводится удаленный желчный пузырь. Среднее время оперативного пособия составляет 45 минут, что существенно не отличается от операций с большим количеством манипуляционных троакаров. Таким образом, на передней брюшной стенке пациента имеются всего лишь две кожные раны. Результаты. В 2014 г. нами выполнено 3 лапароскопических холецистэктомий по данной методике. Все пациенты женщины в возрасте от 22 до 34 лет. Случаев конверсии не было. Среднее пребывание больных на койке составляло 2,3 дня. Заключение. Предложенная модификация при индивидуальном выборе больных позволяет добиться хорошего косметического эффекта без финансовых затрат на приобретение дорогостоящего специального инструментария и повышает эстетичность лапароскопической холецистэктомии при сохранении преимуществ традиционной лапароскопической операции.

216. Дифференцированный подход к выбору способа обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии по поводу деструктивных форм острого аппендицита.

Вертянкин С.В., Потапов Д.Ю., Власов Г.В., Якубенко В.В., Киселев А.М.

Саратов

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

В последние годы наряду с традиционной аппендэктомией (ТАЭ) в лечении больных с деструктивными формами острого аппендицита (ОА) применяется лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ). Известны различные способы обработки культи червеобразного отростка при ЛАЭ: клипирование, лигатурный способ, сочетание лигатурного способа с наложением кисетного шва эндоскопическим способом. Спорным является вопрос применения этих способов при деструктивных формах ОА. Развитие послеоперационных инфекционных внутрибрюшных осложнений (инфильтрат, абсцесс брюшной полости, перитонит, как некупированный, так и развившийся вследствие несостоятельности культи отростка или перфорации кишки) после ЛАЭ может происходить вследствие электрохирургического ожога купола слепой кишки; несостоятельности культи отростка при её клипировании или наложении лигатуры; неадекватной санации и дренирования брюшной полости. (Хубутя М.Ш., 2014г.) Цель исследования: проанализировать случаи послеоперационного перитонита после выполнения ЛАЭ при использовании различных способов обработки культи червеобразного отростка. Материалы и методы: проанализированы истории болезней и протоколы операций 994 пациентов, оперированных по поводу острого деструктивного аппендицита в Клинике факультетской хирургии и онкологии КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период с 2009 по 2014 годы. В указанный период времени в лечении пациентов применялись как ТАЭ, так и ЛАЭ. В 2009-2011 годах основным способом обработки культи аппендикса при ЛАЭ было клипирование. Начиная с 2012 года, в подавляющем большинстве случаев применяли лигирование с помощью узла Рёдера и сочетание лигатурного способа с наложением эндоскопического кисетного шва. Наши критерии выбора метода обработки культи аппендикса при деструктивном аппендиците заключались в следующем: при наличии деструкции основания отростка и инфильтративных изменений купола слепой кишки применяем лигатурный метод в сочетании с наложением эндоскопического кисетного шва. При отсутствии указанных выше изменений и толщине отростка более 5-6 мм считаем достаточным применение лигатурного метода без наложения кисетного шва. Если же основание отростка мало изменено, а его толщина не превышает 5 мм считаем допустимым применение как лигатурного метода, так и обработки культи аппендикса путём клипирования (титановой клипсой размером 8 мм). Результаты: За анализируемый период времени по поводу деструктивных форм ОА выполнено 294 ЛАЭ. По поводу флегмонозного ОА оперировано 250 (85,1%), по поводу гангренозного ОА – 44 (14,9%) пациента. ОА, осложнённый распространённым перитонитом, имелся у 14 (4,8%) больных. Для обработки культи при флегмонозном ОА клипирование применяли в 116 (46,4%) случаях, узел Рёдера – в 122 (48,8%) и кисетный шов в 12 (4,8%) случаях. При гангренозном ОА обработка культи клипированием произведена у 4 (9,1%) больных, узлом Рёдера у 24 (54,5%) и кисетным швом у 16 (36,4%) пациентов. Число послеоперационных случаев перитонита за исследуемый период составило 4 на 294 ЛАЭ или 1,4%. У двоих из этих больных причиной повторной операции явился некупирующийся перитонит, который имелся при поступлении, поэтому

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

эти случаи были исключены из дальнейшего анализа. У одного пациента после наложения на культю отростка узла Рёдера и у одного при применении сочетания лигатурного способа и наложения кисета возник послеоперационный перитонит, что составило 0,71%. В обоих случаях больные были оперированы по поводу флегмонозного ОА. Все больные с исследуемыми осложнениями были оперированы повторно, объём операции – видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Летальные исходы отсутствовали. Случаев электрохирургического ожога кишечника и несостоятельности культи червеобразного отростка не было. Причиной развившегося перитонита при отсутствии источника во время повторной операции считаем неадекватную санацию во время первой операции. Выводы: 1) Предложен алгоритм выбора способа обработки культи червеобразного отростка при ЛАЭ по поводу деструктивных форм ОА. 2) Применение предложенного алгоритма выбора способа обработки культи червеобразного отростка при деструктивных формах ОА у 294 больных позволило избежать несостоятельности культи червеобразного отростка. 3) Возникновение послеоперационного перитонита не связано со способом обработки культи червеобразного отростка при использовании предложенного алгоритма.

217. Роль лапароскопии в лечении перитонита

Лесик П.С., Пашаев А.А., Сутурин С.П., Потапский В.В., Кириченко С.С..

г. Одинцово Московской области

Филиал № 3 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России

Актуальность. По данным литературы за последние 20 лет перитонит осложняет течение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в 15–20% случаев. Перитонит осложняет течение 65–85 % раненых в живот, встречается у 20 % пострадавших с закрытой травмой живота, и не имеет тенденции к уменьшению. Перитонит, как причина смерти встречается у 60–70 % больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Летальность в прошлом десятилетии составляла при распространенном перитоните 20–40%, в последнем десятилетии – 6,2–42,2%. Летальность по данным института им. Н.В. Склифасовского колеблется от 23,5% до 27,9%, послеоперационные осложнения отмечаются в 17,6% случаев, у 10,9% пациентов с гнойным распространенным перитонитом наблюдается септический шок, а у 8,9% абдоминальный сепсис. Летальность при распространенном гнойном перитоните на фоне тяжелого абдоминального сепсиса составила 16,9% , а у пациентов с

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационным перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом – 28,9 %. Материалы и методы. По нашим данным в структуре острых хирургических заболеваний и травм органов живота, острый перитонит до 2003 г., встречался по годам у 0,5–1% поступивших больных, в последние 3 года (2009-2011 г.) - у 2,7- 3,8%. В структуре заболеваний, как причин, вызвавших перитонит, острый аппендицит и острый холецистит составили по 33,8%, острый панкреатит 18,3%, острая кишечная непроходимость 7%, прободная язва, тромбоз мезентериальных сосудов, закрытая травма живота, гинекологические заболевания - по 1,4%. Как осложнение течения заболевания, перитонит встретился: при аппендиците у 20,6% поступивших, при остром холецистите у 14,5%, при остром панкреатите у 10,6%, при острой кишечной непроходимости у 11,9%, при ущемленных грыжах у 5,5% больных. Процент послеоперационных осложнений, в виде перитонита, в позапрошлом десятилетии был равен 3-5%, а за последнее десятилетие (2001-2011 г.) составляет 1,2% - 1,5%. Послеоперационная летальность при перитоните составляла в прошлом десятилетии 5- 6%, а за последние годы (2009-2011 г.) при распространенном перитоните – 19,7%. Средние сроки лечения больных в прошлом десятилетии составляли 24-25 дней, а в последние годы - 31-32 дня. Причем у больных с перитонитом, оперированных с помощью лапароскопии - это в основном холециститы и аппендициты, он составил 12 дней, при перитоните, диагностической лапароскопии с конверсией - 19,4 дня, при традиционной лапаротомии и распространенном перитоните - 27,2 дня; у больных с множественными этапными лапаротомиями средний койко - день составил 65,3 дня (колебания от 5 до 159 суток). Таким образом, эффективность современной технически вооруженной медицины, при лечении острого перитонита, существенно не повлияли на исходы. В чем причина, мы попытались выяснить, изучив наши материалы за 2009-2011 гг. Всего находилось на лечении с заболеваниями, осложненными перитонитом 71 больной, умерло 14 (19,7%), из них: с местным перитонитом было 41- умерло 2 (летальность - 4,9%, больные с ущемленными параэзофагеальными грыжами, переведенные из ЦРБ); с распространенным не отграниченным перитонитом, абдоминальным сепсисом - 14 , умерло - 4 (28,6%); с распространенным тотальным перитонитом, тяжелым абдоминальным сепсисом, септическим шоком -15, умерло – 8 (53,3%). По форме отделяемого экссудата перитониты распределились: серозные - 33,8% (из них - ферментативные составили 25%); фибринозно-гнойные - 64,7%; каловые - 1,5%. Летальность при перитоните, вызванном различными заболеваниями составила: при остром аппендиците, прободной язве, пельвиоперитонитах- за прошедшие 20 лет равно 0%, за 2009-2011 гг., при остром холецистите с местным и распространенным перитонитом – 8,3%, при ОКН с распространенным перитонитом - 20%, при панкреонекрозе с распространенным перитонитом - 61,5%, при закрытой травме живота, тромбозе мезентериальных сосудов, ущемленных внутренних грыжах с перитонитом - 100% (по одному - два наблюдения). Послеоперационные осложнения, у оперированных с перитонитом, наблюдались у 34,8% больных и явились основной причиной летальности у 33,3%. В структуре послеоперационных осложнений: пневмонии составили 25%, с летальностью 16,7%; полиорганная недостаточность 41,7% с летальностью 50%; острая сердечно-сосудистая недостаточность 20,1%, с летальностью 40%; кровотечения из ЖКТ 8,3%, острая спаечная послеоперационная

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

непроходимость 4,1%, не повлиявшие на исход. Больным с перитонитом выполнены следующие оперативные вмешательства: 1) лапароскопические: холецистэктомия и аппендэктомия, ушивание прободной язвы 12-перстной кишки у 34,7% больных, с летальностью 10,3%; 2) видеодиагностическая лапароскопия с конверсией на лапаротомию, удалением источника перитонита и санацией брюшной полости у 7,2%, с летальностью 40%; 3) лапаротомия, удаление источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости у 47,8%, с летальностью 18,2%; множественные релапаротомии и этапные санации брюшной полости у 13% больных, с летальностью 44,5%. Исходы лечения больных с перитонитом за 2009-2011 гг.: выздоровление было у - 74,7% больных, получили инвалидность - 5,6%, умерло - 19,7%. В чем причины таких показателей, мы рассмотрели на дальнейшем изучении материала. По структуре, поступившие больные распределились: рядовые по призыву - 4,2%; офицеры- 9,8%, члены семей военнослужащих - 26,7%; пенсионеры ВС РФ - 40,8%; прочие, переведенные в тяжелом состоянии из других лечебных учреждений и умерли - 18,3%. По возрасту поступившие распределились: до 20 лет - 5,6%; до 30 лет - 8,4%; до 40 лет - 28,1%; до 50 лет - 33,8%, до 60 лет - 47,9% и старше 60 лет - 52,1%. По срокам поступления с момента заболевания, больные распределились: до 1 часа поступили - 1,4% больных, до 6 часов - 7%; до 12 часов - 9,8%, до суток- 32,4%; более суток - 43,7%, а 15,5% поступило до 6-и суток с момента заболевания и 8,5% позже 6-и суток. То есть, более половины поступивших с перитонитом и получивших лечение, это больные пенсионного возраста, 67,6% из которых, со сроками госпитализации более суток с момента заболевания, и как показывают наши данные, в основном с патологией поджелудочной железы и желчевыводящих путей. По нашим данным, из числа поступивших с перитонитом до 12 часов с момента заболевания (они составили в структуре 9,9%) - летальность равнялась 0%; у поступивших с перитонитом со сроками заболевания от 12 до 24 часов (22,5%) - летальность составила 6,2%; у поступивших со сроками заболевания от суток до 2-х суток с момента заболевания (43,7%) - летальность составила 9,7%; у поступивших от 2-х до 6-ти суток с момента заболевания (15,5%) , летальность была 36,4%, и у поступивших позже 6-ти суток с момента заболевания (8,5%), летальность составила 66,7%, То есть, сроки с момента заболевания и не леченый своевременно перитонит, явились основной причиной летального исхода. Существенное влияние на исходы оказывают также сроки выполнения операций и методики, используемые для ликвидации перитонита. По нашим данным только 43,5% поступивших оперировано в первые 2 часа с момента поступления в стационар, 52,2% - оперированы до 6-и часов , 60,9% оперировано до 12 часов, 85,5% оперировано до суток, а 14,5% оперированы позже суток с момента поступления. Трудности в диагностике наблюдались у 7,2% больных, больные с панкреонекрозом составили 18,8%, то есть у 25-26% больных задержка с операцией была оправданной. Как показывают наши данные, более чем у 25% больных операция более 12-ти часов задержана по организационным и тактическим вопросам. Выводы: 1. По нашим данным за последнее десятилетие в 2 раза выросла поздняя госпитализация больных - пенсионеров с перитонитом. 2. Более половины больных с перитонитом оперируется позже 6 часов с момента поступления, что значительно повлияло на исход. 3. Операции выполненные малоинвазивным методом

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дают более благоприятные результаты. Литература: 1. Афендулов С.А., Краснолуцкий Н.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Особенности лапароскопической санации брюшной полости при перитоните. //Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии. М.-2003.-С.60. 2. Баранов Г.А., Скалзуб О.И., Решетников Е.А. Хирургический сепсис и возможности современной иммунотерпии //5-й конгресс московских хирургов. Неотложная специализированная хирургическая помощь. М., 2013.-С.165-166. 3. Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Макушкин Р.З., Бондаренко А.Г. Изменение подходов к хирургическому лечению распространенного гнойного перитонита // Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии. М., 2003.-С.84. 4. Луцевич О.Э., Галямов Э.А., Мусселиус С.Г., Преснов К.С. и соавт. Лапароскопическая технология в лечении деструктивного перитонита //Эндоскопическая хирургия. -2013.- №3.-С.4-1621. 5. Мумладзе Р.Б., Яковлев В.Н., Васильев И.Т., Эминов М.З. и соавт. Применение малоинвазивных дренирующих технологий в лечении отграниченных гнойников брюшной полости. //5-й конгресс московских хирургов. Неотложная специализированная хирургическая помощь. М., 2013.-С.155-156.

218. Миниинвазивные технологии в лечении варикозных кровотечений при портальной гипертензии

Хоронько Ю.В., Дмитриев А.В., Шитиков И.В.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Варикозные кровотечения портального генеза являются актуальной проблемой хирургии. На современном этапе ведущая роль отводится миниинвазивным технологиям в лечении осложненных форм портальной гипертензии (ПГ). Применение эндоскопического лигирования (ЭЛ) в комплексе с операцией трансъюгулярного внутрипеченочного портокавального шунтирования (TIPS/ТИПС) является высокоэффективным сочетанием в программе лечения данной категории больных. Цель. Улучшить результаты лечения больных с варикозными пищеводными кровотечениями цирротического генеза путем использования миниинвазивных технологий - ЭЛ и TIPS/ТИПС. Материал и методы: под нашим наблюдением находились 346 пациентов с ПГ у больных с циррозом печени. В исследование включены 70 пациентов с варикозными кровотечениями в анамнезе. Максимальный период наблюдения составил

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

38 месяцев. Пациенты разделены на 2 сопоставимые группы. В I группе (36 человек) выполнено ЭЛ в моноварианте, во II (34 человека) – ЭЛ в сочетании с процедурой TIPS/ТИПС. В 31 случае шунтирующее пособие дополнено селективной эмболизацией левой желудочной вены. 10 пациентам ЭЛ выполнялось на фоне геморрагии. В послеоперационном периоде больные обеих групп подвергались контрольным осмотрам, оценивались состояние вен пищевода и риск развития рецидивных кровотечений. У лиц второй группы выполняли плановые УЗИ-ДГ для оценки функционирования внутрипеченочного шунта. Результаты. В большинстве случаев обеих групп послеоперационный период протекал без осложнений. В 360-дневный период рецидив кровотечений у лиц I группы отмечен у 6 человек (16,6%), в то время как во второй – у 3 пациентов (8,8%). За весь период наблюдения данное осложнение отмечено у 11 пациентов I группы, и у 6 – второй. 30-дневной летальности в обеих группах не отмечено. Годичная летальность в I группе составила 6 человек (16,6%), во II – 2 пациента (5,8%). Выживаемость за 3-х летний период наблюдения в группах составила 61,2% и 82,4%, соответственно. Лучшие результаты во II группе объясняем устранением главного этиологического фактора кровотечений – ПГ, что стало возможным благодаря операции TIPS/ТИПС. Данное шунтирующее пособие переносимо пациентами с декомпенсированными формами ЦП. Выполнение ЭЛ в сочетании с операцией TIPS/ТИПС позволяет уменьшить риск развития рецидива геморрагии и провести более интенсивную предоперационную подготовку у больных декомпенсированными стадиями печеночной недостаточности. Выводы. 1. Сочетание ЭЛ и TIPS/ТИПС позволяет снизить риск рецидивных варикозных кровотечений портального генеза в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. 2. Использование миниинвазивных технологий возможно у лиц с декомпенсированными формами ПГ и высоким операционным риском.

219. Осложнения лапароскопической холецистэктомии в условиях госпиталя за 20 лет.

Лесик П.С., Потапский В.В., Пашаев А.А, Кодяков А.В.

г.Одинцово Московской области

Филиал №3 «№3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» Минобороны России

Актуальность. Эндохирургию называют малоинвазивной и малотравматичной технологией, однако она остается хирургией - специальностью, в которой встречаются ошибки, неудачи и осложнения.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

По данным зарубежной и нашей статистики частота повреждений магистральных сосудов при ЛХЭ составляет 3-7 случаев на 10 000 операций(0,03-0,07%), с летальностью от 10 до 56%; повреждение кишечника встречается в 0,3% случаев, с летальностью до 8,6% ; внутрибрюшное кровотечение встречается от 0,06% до 0,34%, с летальностью от 27% до 75%; повреждение желчевыводящих протоков встречается в 0,3 - 0,46% случаев; ущемленные «троакарные» грыжи составляют до 3% . Материалы и методы. Мы проанализировали результаты 2690 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), выполненных в отделениях абдоминальной лапароскопической и неотложной хирургии за 1994-2014годы. Всего нами наблюдались – 34 (1,3%) осложнения. При операциях традиционным методом в прошлом десятилетии осложнения встречались по годам в 1-2% случаев. На первое десятилетие использования ЛХЭ приходится 80% всех осложнений. По нашим данным, структура повреждений при ЛХЭ была представлена: 1. Единичные случаи местной не распространенной подкожной эмфиземы, оментопневмоперитонеума, бурсопневмоперитонеума. 2. Ожоги троакарной раны составили около 0,1%. 3. Ущемление внутренних органов в троакарных проколах имело место у двух больных (0,06%). (В 1 случае после лапароскопической герниопластики по поводу пупочной грыжи, в месте установки 12мм порта область мезогастрия слева, спустя 6 месяцев после операции диагностирована (троакарная) послеоперационная грыжа. Оперирован типичная герниопластика, в другом после лапароскопической дистальной резекции желудка у пациентки 70 лет, спустя 6 месяцев после операции возникло ущемление тонкой кишки в сформировавшейся ПОВГ на месте послеоперационного рубца в мезогастрии (рана 5см в месте извлечения препарата). 4. Троакарные повреждения внутренних органов у трех больных (0,11%). 5. Повреждение сосудов брюшной стенки отмечено в двух случаях (0,06%). (В раннем послеоперационном периоде до 12 часов, проявившиеся истечением крови по подпеченочному дренажу и развитием клинической картины продолжающегося кровотечения. В обоих случаях выполнена релапароскопия, установка источника кровотечения, остановка кровотечения путем клипирования сосуда и диатермокоагуляции. Причиной кровотечения послужило - повреждение сосуда троакарной раны передней брюшной стенки. Во втором случае из-за несостоятельности клипсы на культе пузырной артерии). 6. Повреждение тонкой кишки и стенки желудка произошло у двух больных (0,06%). 7. Ятрогенное повреждение желчных протоков при ЛХЭ наблюдалось у 7 (0,26 %) больных, в том числе: - полное пересечение общего желчного протока при ЛХЭ возникло в 3 больных (0,11%);- Частичное повреждение протоков - у 4(0,15 %).(В 1 случае осложнение диагностировано через 1 час после операции, у больного после пробуждения возник выраженный болевой синдром, в 2 случаях - интраоперационно визуализировано желчеистечение). Во всех случаях исходы были благоприятные, завершившиеся конверсией и применением одного из способов дренирования, а при полном повреждении наложением холедохоюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки. В одном случае с чрезпеченочным дренированием по Прадери-Смитту. Послеоперационные осложнения наблюдались нами у 16 (0,59%) больных, в том числе: -гнойные осложнения- у 14 (0,52%) больных - сердечно-сосудистые и легочные осложнения - у 2 (0,06%) больных Диагностика

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

«ятрогенных» осложнений выполнена в течении первых суток после операции. Кроме объективных данных для диагностики использованы: УЗИ, диагностическая и лечебная лапароскопия, выявление уровня и вида повреждения, лапароскопическое устранение причины повреждения, остановка кровотечения или переход на лапаротомию при необходимой реконструкции ЖВП. Таким образом, за прошедшие 20 лет с момента выполнения первой операции в нашем госпитале, ЛХЭ стала операцией выбора у пациентов с желчнокаменной болезнью. Хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование, строгое соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, обязательное послеоперационное наблюдение больных, являются залогом успешного выполнения ЛХЭ. Количество ятрогенных осложнений за последние годы снизилось в 3 раза. Предотвратить ятрогенные осложнения во время выполнения ЛХЭ помогают следующие меры: учет возможных факторов риска в предоперационном периоде; своевременное выполнение операции; убедительная интраоперационная верификация анатомических структур во время диссекции при необходимости интраоперационная холангиография; интраоперационная консультация опытных хирургов в сложных случаях; повышение квалификации хирурга. На основе имеющегося опыта мы делаем вывод: 1. Релапароскопия при осложнении позволяет выполнить следующие корректирующие мероприятия: • электро и аргоновую коагуляцию ложа желчного пузыря при кровотечении и желчеистечении; • прошивание и перевязку сосудов, ушивание ран при троакарных или электротермических повреждениях; • повторное клипирование пузырного протока при соскальзывании клипсы с его культи; • вскрытие и дренирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцессов, санацию и динамический мониторинг брюшной полости при желчном перитоните, санацию и дренирование сальниковой сумки при послеоперационном панкреатите. Выводы: 1. Все случаи острого холецистита предпочтительно оперировать лапароскопическим методом впервые 24 часа от начала заболевания. 2. Контроль за состоянием зоны вмешательства в раннем послеоперационном периоде, обеспечивающим возможности раннего выявления осложнений, осуществлять оставлением дренажа в подпеченочном пространстве сроком на 24 часа. 3. Пациентам с сопутствующим холедохолитиазом следует проводить двухэтапное лечение: декомпрессия билиарного дерева (РХПГ, ЭПСТ, удаление конкрементов холедоха) перед выполнением ЛХЭ. 4. ЛХЭ у пациентов группы повышенного риска возникновения опасных осложнений, а именно: сморщенный желчный пузырь, выявленное до операции внутривнутрипеченочное расположение желчного пузыря, перенесенные ранее вмешательства на органах брюшной полости, следует выполнять опытным хирургом с выполнением интраоперационной холангиографии. Литература: 1. Лесик П.С., Пашаев А.А., Сутурин С.П., Кириченко С.С. Зависимость сроков лечения больных с острым холециститом от тактики и способа операции. // Тезисы 16-го съезда Российского общества эндоскопических хирургов. 2. Покровский Е.Ж., Станкевич А.М., Иванов Т.В., Коньков О.И., Гусев А.В. Анализ осложнений после лапароскопической холецистэктомии. Материалы 12-го съезда эндоскопических хирургов.

220. Результаты выполнения органосохраняющих операций толстой кишки при инвазивном ретроцервикальном эндометриозе.

Пучков К. В. (1), Коренная В. В. (1), Пучков Д. К. (2)

1) Москва, Россия 2) Рязань, Россия

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии 2) Рязанская областная клиническая больница

Актуальность. Лапароскопический метод лечения в настоящее время становится золотым стандартом радикального лечения инвазивного ретроцервикального эндометриоза и включает в себя резекцию пораженного участка толстой кишки. Непременными условиями выполнения «правильной» резекции кишки являются: 1) выполнение мобилизации прямой кишки по внутреннему слою; 2) выполнение органосохраняющей операции - минимальное отступление (0,5 – 1 см) от пораженного участка прямой кишки; 3) извлечение препарата кишки с учетом анатомических и интраоперационных особенностей конкретного пациента. Общепринятым способом извлечения препарата является минилапаротомия по Пфанненштилю, либо извлечение через дополнительный разрез на передней брюшной стенке, однако, 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. Извлечение препарата через влагалище или прямую кишку позволяет в большинстве случаев полностью отказаться от выполнения лапаротомии, что, в свою очередь, снижает уровень хирургической травмы, приводит к более быстрому восстановлению в послеоперационном периоде, снижает уровень послеоперационной боли и минимизирует вероятность развития осложнений со стороны раны. 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. Именно это обстоятельство индуцировало появление нашей работы. Цель: проанализировать результаты операций с извлечением резецированного препарата толстой кишки трансабдоминально и по технологии N.O.S.E., в зависимости от локализации и протяженности патологического процесса. Материалы и методы: За период времени с 2007 по август 2014 годы выполнено 352 операции по поводу ретроцервикального эндометриоза, из них – 77 операции – циркулярная резекция толстой кишки. Средний возраст пациенток был 35,5 года,

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

индекс массы тела (ИМТ) от 23,2 кг/м² до 29,3 кг/м². Из 77 операций, в 40 (51,9%) случаях выявлено эндометриоидное поражение прямой кишки, в 37 (48,1%) случаях – сигмовидной кишки. В 20 (26%) случаях помимо резекции кишки, была выполнена резекция стенки влагалища. Результаты предоперационного обследования показали, что из 40 случаев, в 10 (25%) случаях локализация эндометриоидного поражения кишки – среднеампулярный отдел, в 30 (75,%) случаях – верхнеампулярный отдел, ниже ректосигмоидного перехода. Результаты. Все 77 циркулярных резекции были успешно выполнены. У 37 пациентов выполнена резекция сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области, путем удлинения троакарного разреза. В 30 случаях, при локализации очага в верхнеампулярном отделе, выполнена резекция толстой кишки с последующим извлечением через мини разрез по Пфанненштилю, в 9 случаях, при поражении среднеампулярного отдела прямой кишки, выполнена экономная резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансвагинально и в 1 случае - 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 82 минут (при резекции сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области) до 106 минут – при трансанальной экстракции резецированного препарата. Патологоанатомическое исследование препарата показало, длина резецированного препарата варьировало от 5 до 12 см, при этом отступ от эндометриоидного очага колебался от 0,6 до 1,8 см. Время нахождения в стационаре - от 3,7 до 4,5 суток. Из 77 пациенток, у 7(9 %) 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. Для каждого из методов извлечения препарата существуют свои показания и противопоказания, соблюдение которых делает подобные операции исключительно безопасными, на фоне значительного улучшения отдаленных результатов.

221. Результаты применения миниинвазивных лапароскопических методик в лечении заболеваний желчного пузыря.

Пучков К. В. (1), Пучков Д. К. (2)

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1) Москва, Россия 2) Рязань, Россия

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии 2) Рязанская областная клиническая больница

Актуальность. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЦЭ) стала «золотым» стандартом лечения ЖКБ у пациентов всех возрастов. Стремясь еще более уменьшить последствия перенесенной операции, развитие миниинвазивной хирургии пошло в двух направлениях: уменьшение диаметра рабочих инструментов и снижение количества разрезов на передней брюшной стенке. Результатом стало появление абсолютно новых методик 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. Данное обстоятельство может быть связано с несколькими причинами: отсутствие четких показаний и противопоказаний для использования конкретной методики, необоснованное преувеличение интраоперационных рисков при выборе метода оперативного вмешательства, склонностью хирургов к выполнению более «привычного» и простого оперативного лечения. Цель: Сравнить ближайшие и отдаленные результаты применения миниинвазивных лапароскопических методик в лечении заболеваний желчного пузыря. Материалы и методы: За период времени с 2006 по 2014 г. нами выполнено более 3000 лапароскопических холецистэктомий с применением различных миниинвазивных методик. 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 28,4 кг/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 цифровую рейтинговую шкалу боли (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 минут. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью цифровой оценочной шкалы (NRS) через 2, 4, 6,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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.

222. Результаты применения методики N.O.S.E. в лапароскопической хирургии толстой кишки.

Пучков К. В. (1), Хубезов Д. А. (2), Пучков Д. К. (2)

1) Москва, Россия 2) Рязань, Россия

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии 2) Рязанская областная клиническая больница

Актуальность. Наиболее распространенным способом извлечения резецированной препарата в колоректальной хирургии, является минилапаротомный разрез передней брюшной стенки, что приводит к усилению болевого синдрома в послеоперационном периоде. Осложнения со стороны операционной раны, развитие послеоперационных грыж являются одними из наиболее важных проблем, как открытой, так и лапароскопической хирургии. Отказ от необходимости извлечения препарата через разрез передней брюшной стенки неминуемо приводит к улучшению качества послеоперационного периода пациентов. Появление транслюминальной хирургии вызвало огромный интерес хирургического сообщества, что связано с появлением возможностей для еще большего снижения вероятности развития осложнений со стороны операционной раны. Влагалище и анус в настоящий момент являются наиболее удобными «путями» для извлечения резецированного препарата и создания

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

толстокишечного анастомоза. Концепция N.O.S.E.-хирургии позволяет максимально раскрыть все преимущества лапароскопической хирургии, дает возможность для развития новых «миниинцизионных» хирургических методик. Цель: Оценить возможности использования технологии N.O.S.E в хирургии колоректального рака. Материалы и методы: За период времени с 1996 по 2014 г. выполнено 41 лапароскопическая резекций толстой кишки с применением методики N.O.S.E. Из 41 операции, 31 (75,6%) были выполнены по поводу онкологических заболеваний и 10 (24,4%) – доброкачественных заболеваний прямой кишки. Начиная с 1996 года выполнено 15 симультанных лапароскопических ТМЭ (рак прямой кишки) с экстирпацией матки (миома матки, опущение половых органов) с трансвагинальным извлечением препарата и формированием сигмо-ректоанастомоза, 4 резекций прямой кишки (рак прямой кишки) с трансанальным извлечением препарата и последующим формированием анастомоза. Следующий этап внедрения концепции N.O.S.E. - с 2011 года выполнено 7 лапароскопических гемиколэктомий (опухоль ободочной кишки) с интракорпоральным наложением анастомоза, извлечением препарата через влагалища. С 2012 года выполнено 10 операции по поводу эндометриоидного поражения прямой кишки, с извлечением препарата кишки через естественные отверстия. Из 10 операций, в 9-ти случаях, экстракция препарата и формирование анастомоза производилось трансвагинально, в 1-м случае – трансанально. Результаты: Все 41 операции были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах составила от 50 до 200 мл. Длительность операции, после прохождения этапа «освоения» методики, стала сопоставима с традиционными лапароскопическими операциями на толстой кишке. Более короткий период восстановления после операции мы связываем с отсутствием дополнительных разрезов передней брюшной стенки для извлечения резецированного препарата. Среднее время нахождения в стационаре - от 3,2 до 5 суток. 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, на наш взгляд, имели минимально-возможные для данного объема операций значения – от 2,0 до 2,5, при этом максимальные показатели были отмечены через 12 часов после операции. 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). Все пациенты остались довольны косметическими результатами операции. Вывод. Извлечение резецированного препарата через естественные отверстия не приводит к развитию морфофункциональных осложнений со стороны органов брюшной полости и приводит к значительному улучшению течения послеоперационного периода у пациентов.

223. Результаты применения композитных сеток в лечении послеоперационных вентральных грыж.

Пучков К. В. (1), Пучков Д. К. (2)

1) Москва, Россия 2) Рязань, Россия

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии 2) Рязанская областная клиническая больница

Актуальность. От 4% до 7% пациентов, перенесших операцию, в течение 5-ти лет повторно оперируются по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Стоит отметить, что даже через 20 лет после появления лапароскопии, от 3% до 29% операций выполняются открытым методом. Лапароскопический же метод лечения послеоперационных грыж, в настоящее время недооценен и используется лишь в небольшом числе клиник нашей страны. Цель: Оценить результаты использования лапароскопического метода в лечении послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Материалы и методы: За период с 2009 по 2014 год выполнено 54 лапароскопических операций по поводу послеоперационной вентральной грыжи передней брюшной стенки. Из них 41 (75,9%) женщин, 13 (24,1%) – мужчин. Возраст пациентов от 28 до 67 лет. Размер грыжевых ворот варьировал от 14 до 25 см. Послеоперационные грыжи в верхнем этаже брюшной полости наблюдались у 21 пациента, после перенесенных верхнесрединных лапаротомий, доступов в правом и левом подреберьях. У 10-ми пациентов грыжи выявлены после люмботомии, у 7-ти после срединной лапаротомии, у 6-ти после разрезов по Черни и у 10-и пациентов локализовались в нижнем этаже брюшной полости после нижнесрединной лапаротомии, доступа по Пфанненштилю, Волковичу-Дьяконову. 17 пациентов (31,5%) в анамнезе имели более одного оперативного вмешательства на органах брюшной полости. 20 пациентов (37%) были ранее оперированы по поводу вентральной грыжи открытым доступом с пластикой грыжевого дефекта местными тканями, 2-м пациентам (3,7%) выполнялась открытая пластика с установкой сетки. У 48 пациентов (88,8%) был выявлен выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Вышеуказанные обстоятельства являются абсолютными показаниями для использования лапароскопического метода в лечении, так как нам не приходится рассекать большой массив тканей, выполнять обширную диссекцию тканей и разделять рубцовые сращения. Наложение карбоксиперитонеума в большинстве случаев выполнялось с помощью иглы Вереша, в 90% случаев операции выполнялись через 3 троакара, при «нестандартных» ситуациях дополнительно вводились 5 мм троакары. В качестве сетчатого импланта использовались современные композитные сетки – PhysioMesh (компания “Ethicon”) и Parietex (компания “Covidien”). В 3-х случаях при поясничных грыжах использовались не композитные сетки

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

– Surgipro (Covidien), с обязательной перитонизацией операционной раны. Размеры сеток варьировались в зависимости от операционной ситуации: в 33 случаях (61,1%) размеры используемой сетки были 20см x 20см, а в 21 случае (38,9%) – 20см x 30см. Перед фиксацией сетки, обязательным условием является выделение границ грыжевого дефекта со всех сторон, с отступом не менее 4 см. Основным методом фиксации сетки – трансфасциальная фиксация нитью “Prolene” к апоневрозу в 4-х точках с помощью иглы «EndoClose», при необходимости, дополнительно использовались герниостеплеры – Securestrap (компания «Ethicon») и ProTak, AbsorbaTak (компания «Covidien»). Размеры сетки определялись интраоперационно согласно величине грыжевых ворот или в предоперационном периоде границы грыжевого дефекта обозначались маркером, с обязательным указанием точек фиксации нитей к апоневрозу. Результаты. Все 54 операции были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не превышала 25 мл. Общее время операции варьировало от 15 до 59 минут. Отличительной особенностью ведения послеоперационного периода у пациентов после подобных операций, является их практически полный отказ от обезболивающих препаратов. Уровень послеоперационной боли по шкале ВАШ – не превышал 1,8 балла. Средний койко-день – 1,8 дня. В послеоперационном периоде у 7-ми пациентов (13%) при контрольном УЗИ-исследовании выявлено скопление жидкости в грыжевом мешке, что потребовало его пункции под контролем УЗИ, в 1 случае (1,85%) – постановка аспирационной системы по Редону на 4 суток. В послеоперационном периоде мы рекомендовали ношение бандажа в течение не менее 3-х месяцев. Через 6, 12 месяцев после операции все пациенты в обязательном порядке проходили УЗИ органов брюшной полости. За указанный период наблюдения рецидивов не выявлено. Вывод. Полученные результаты свидетельствуют, что применение лапароскопической методики возможно при соблюдении соответствующих показаний и противопоказаний. Лечение послеоперационных вентральных грыж лапароскопическим методом с использованием композитных сеток является эффективным и безопасным.

224. Применение лапароскопических методик при выполнении органосохраняющих операций на надпочечниках.

Пучков К. В. (1), Пучков Д. К. (2)

1) Москва, Россия 2) Рязань, Россия

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии 2) Рязанская областная клиническая больница

Актуальность. Адреналэктомия является стандартом лечения гормонально активных заболеваний надпочечников. Большинство лапароскопических адреналэктомий включают полное удаление надпочечника, к сожалению, сообщений о лапароскопических органосохраняющих операциях на надпочечниках крайне мало. Именно поэтому мы предлагаем вашему вниманию наш опыт проведения органосохраняющей операции надпочечника. Цель: оценить возможности лапароскопического метода при выполнении органосохраняющих операции надпочечника. Материалы и методы. За период времени с 2000 по 2014 годы выполнено 56 органосохраняющих операций при заболеваниях надпочечников. Структура оперативных вмешательств: в 31 (55,4%) случае выполнена парциальная адреналэктомия, в 25 (44,6%) случаях – лапароскопическое удаление кист надпочечника. В 15 случаях выполнена холецистэктомия при желчекаменной болезни, Все операции были выполнены одним хирургом. Не было отмечено интра- и послеоперационных осложнений. Результаты. Величина интраоперационной кровопотери от 50 до 150 мл. Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 17,5 минут до 74 минут. В качестве критериев оценки эффективности операций мы брали: 1) количество осложнений. В указанной группе было 1 интраоперационное осложнение - ранение нижней полой вены, диаметр дефекта ~ 2 мм. Данное осложнение было ликвидировано лапароскопическим методом, достижением гемостаза пластиной «Тахокомб»). В послеоперационном периоде в 2-х случаях (3,7%) при адреналэктомии слева отмечалось скопление серозно-геморрагической жидкости в брюшной полости объеме до 250 мл, в обоих случаях выполнена тонкоигльная пункция под контролем УЗИ, в 1 случае (1,85%) – было выявлено повышение уровня амилазы крови и диастазы мочи, что потребовало проведения курса консервативной антисекреторной терапии в течении 3-х дней. 2) Дополнительно были оценены различные виды энергий при рассечении ткани надпочечника («LigaSure», ультразвуковая энергия, «Thunderbeat») и несколько видов гемостаза в области культи надпочечника (гемостатики – пластина «Тахокомб», гидрофильный гемостатический порошок «PerClot»). Вывод. Лапароскопический метод лечения заболеваний надпочечника является безопасным, используя адекватные методы рассечения ткани и различные способы гемостаза.

225.Лапароскопический метод лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), результаты применения различных методик.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Пучков К. В. (1), Пучков Д. К. (2), Филимонов В. Б. (2)

1) Москва, Россия 2) Рязань, Россия

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии 2) Рязанская областная клиническая больница

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 симультантные 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 эзофагита и отсутствие эффекта от консервативной терапии). Операция Toupet является более сложной в техническом исполнении, но сопровождается меньшим количеством осложнений и негативных проявлений в послеоперационном периоде, что значительно улучшает качество жизни пациента.

226. Малоинвазивное лечение аганглиоза толстой кишки у детей

Белоус Р.А., Смирнова О.Н., Степаненко Е.А., Смирнова Н.Е., Вавилов С.С., Недид С.Н.

Благовещенск

АГУЗ АОДКБ

Наиболее распространенной причиной хронического запора органической природы у детей является болезнь Гиршпрунга. Цель работы – проанализировать наш первый опыт видеоассистированных и малоинвазивных операций и результаты лечения детей с различными вариантами аганглиоза толстой кишки. Материалы и методы: с 2009 по 2014 г. в АОДКБ г. Благовещенска оперировано 6 детей с болезнью Гиршпрунга. Возраст пациентов от 1 года до 17 лет, мальчиков 4, девочек 2. Верификация диагноза у 2 пациентов проводилась путем предварительной поэтажной лапароскопической полнослойной биопсии толстой кишки, с определением ацетилхолинэстеразы, остальным пациентам только ирригационное исследование. Манометрическое исследование не проводили, ввиду его отсутствия в клинике. Ректальная форма болезни диагностирована у 2 пациентов, ректосигмоидная у 4. Одноэтапная первичная лапароскопическая операция без колостомии была выполнена у 4 больных, у 2 пациентов с декомпенсированной ректосигмоидной формой заболевания выполнена предварительная колостомия, с поэтажной биопсией толстой кишки, с проведением через 3 месяца радикальной операции. Радикальные операции: лапароскопическая операция Soave-Georgeson — 4, трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (pull through) — 2. У 1 пациента 5 лет формирование колоанального анастомоза проведено через оставление “висячей” части толстой кишки, с последующей ее резекцией через 12 дней. Остальным пациентам выполнены одномоментные колоанальные анастомозы. Длительность операции составила 80 - 180 мин. (в среднем – 130 мин.), кровопотеря – не превышала 50 - 100 мл. Интраоперационных осложнений, конверсий и случаев летальности – не было. В одном случае осложнение — несостоятельность колоанального анастомоза, разлитой каловый перитонит. Отдаленные результаты прослежены у 4 детей: самостоятельный регулярный стул – у всех больных; каломазание в послеоперационном периоде (до 3 месяца) у 1 пациента; летальности среди оперированных у нас детей не было. Выводы: Лапароскопическая операция Soave-Georgeson и трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (pull through) при ректальной форме сочетает в себе радикальность и минимальную травматичность; Методика позволяет добиться хороших функциональных и косметических результатов в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде и эффективна у детей любого возраста.

227.Видеолапароскопические органосохраняющие операции при повреждениях селезенки

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

г. Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино1
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе2

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения повреждений селезенки при закрытой травме живота. Материал и методы. В работе представлены данные обследования и лечения 9 пациентов, которые поступили в ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе с повреждениями селезенки при закрытой травме живота в период с января 2014 года по настоящее время, которым произведены диагностические и лечебные видеолапароскопии. Возраст больных варьировал от 22 до 37 лет. Мужчин было 6 (66,7%), женщин – 3 (33,3%). Установлено, что основными причинами повреждения селезенки явились падение с высоты (n=7) и дорожно-транспортное происшествие (n=2). У всех пациентов было отмечено изолированная травма живота с повреждением селезенки. В течение первых 2 часов с момента травмы и постановки диагноза был оперирован 1 (11,1%) пациент, от 2 до 6 часов – 2 (22,2%), от 4 до 6 - часов – 2 (22,2%), от 6 до 24 часов - 2 (22,2%) и 2 (22,2%) больных были оперированы в связи с двухмоментным разрывом селезенки. Основным методом инструментального исследования при поступлении явилось УЗИ, при котором определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости с уточнением её локализации и количества, а также изменения паренхимы селезенки. Результаты. Общеизвестно, что достоверным методом диагностики повреждений селезенки является лапароскопия. Показаниями к лапароскопии были травматические изменения селезенки, выявленные при УЗИ и наличие небольшого количества жидкости в брюшной полости с тенденцией к нарастанию. Общая чувствительность метода в определении свободной жидкости и повреждения селезенки составила 100%. Прямыми признаками повреждения селезенки являлись: разрывы капсулы и паренхимы селезенки, прикрытые сгустками крови, что встречалось в 6 наблюдениях, и этим пациентам лапароскопически верифицирован

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

повреждение селезенки II степени по классификации травм селезенки Американской ассоциации хирургии повреждений (пересмотр 1994 г.). Имеющиеся повреждения представлены надрывом капсулы в зоне нижнего полюса размерами 1,0 x 0,5 см (n=3), разрывом капсулы по диафрагмальной поверхности в области верхнего полюса размерами 1,7 x 0,6 см (n=2) с минимальным кровотечением, и повреждением капсулы селезенки в области ворот (n=1) размерами 0,6 x 0,7 см. Ввиду того им выполнена гемостаз зоны повреждения селезенки электрокоагуляцией с укрытием зоны повреждения пластинами Тахо-Комба. А в 3 наблюдениях имело место повреждение III степени, что вставлено показание к лапаротомии, которым произведены открытая спленэктомия. Случаев послеоперационных осложнений не отмечено. Заключение. Таким образом, видеолапароскопия позволяет не только своевременно диагностировать повреждения селезенки, а в ряде случаев дает возможность произвести органосохраняющие операции.

228.Периоперационная антибиотикопрофилактика при протезирующей герниопластике послеоперационных грыж.

Тарасов С.А., Халимов Э.В., Халимов А.Э.

Ижевск

БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР

Одним из важных моментов оказания высококачественной хирургической помощи является периоперационная антибиотикопрофилактика (АБП). Она может применяться у всех пациентов старше 18 лет с целью профилактики инфекций области операционного вмешательства во время проведения операций на органах брюшной полости и при пластике послеоперационных грыж. Эти операции являются наиболее частыми, и в отношении них не имеется противоречий относительно необходимости проведения периоперационной АБП. Послеоперационные хирургические инфекции являются важной причиной осложнений, летальных исходов и дополнительных материальных затрат. В среднем каждый случай инфекции приводит к увеличению продолжительности лечения на 7 суток и существенным дополнительным затратам. Пациенты с инфекциями, возникшими после операций, проводят на 60% больше времени в отделениях реанимации и интенсивной терапии, в 5 раз чаще требуют повторной госпитализации и имеют в 2 раза большую летальность. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с послеоперационными грыжами путём выбора оптимального метода

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

периоперационной АБП. Материал и методы исследования. Нами проведен анализ историй болезни 360 пациентов с вентральными послеоперационными грыжами, госпитализированных в хирургическое отделение БУЗ ГKB №6 МЗ УР с 2009 по 2014 гг. из них: женщин- 225 (78,2%), мужчин- 135 (21,8%). Соотношение по полу женщины/мужчины примерно составило 3,5:1. Средний возраст больных составил $57 \pm 3,2$ года. Следует отметить высокую заболеваемость среди трудоспособного населения – госпитализировано 47,5% пациентов. Большинство (83,2%) пациентов госпитализировано в плановом порядке. Чаще всего у пациентов грыжа локализовалась в параумбиликальной области (41,9%), затем эпигастральной (23,%) и гипогастальной области (15%), грыжи подреберья (7,5%), и подвздошной области (6,9%). По размерам грыжевых ворот, преобладали W2 73 (45,6%) пациента, затем W1 15 (25%), и 30% составляют грыжевые ворота W3+W4. Большинство пациентов госпитализировано впервые – 114 пациентов (71,25 %). Доля пациентов с наличием однократного рецидива - составила 15% (24 человека), двукратного 9,4% (15 человек), трехкратного 2,5%(4 человека), и госпитализировано по поводу четвертого рецидива 1,85% (3пациента). Среди причин развития послеоперационных грыж особое место занимают - повторные вмешательства по поводу послеоперационных грыж 28,75% пациентов, первичные оперативные вмешательства пупочной грыжи 17,5% больных, оперативные вмешательства желчнокаменной болезни 10%, заболеваний желудка 7,5%, матки 6,25% и червеобразного отростка 6,3%. При протезирующей герниопластике применялась комбинированная методика с установкой эндопротеза – «sublay». С 2010 года в лечении грыж используем единый протокол операции и ведения периоперационного периода с профилактическим введением антибиотиков. Схема АБП заключалась введении цефазолина 1,0 или амоксиклава 1,2 в внутривенно одновременно с проведением премедикации. Учет возникших осложнений в области хирургического вмешательства проводили в соответствии с СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" Результаты исследования. При грыжах малых размеров (60 пациентов) – средний срок госпитализации составил 8 дней. При грыже средних размеров срок госпитализации 13 дней. У пациентов с большими и гигантскими грыжами средний срок госпитализации 24 дня. С выздоровлением выписано 151 (93,8%) пациент. С улучшением 7 (4,35%) пациентов. В неудовлетворительном состоянии (наличие незначительного серозно – гнойного отделяемого) – 2 пациента (1,2%). Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 9 пациентов, что составило 8,8 %. Из них у 5,9 % (6 человек) – наблюдалась серома, и у 2,9 % (3 человека) нагноение послеоперационной раны. После протезирующей герниопластики количество осложнений составило 7,2% (28 человек). Из них серомы послеоперационной раны наблюдались в 5,6 % случаев (16 человек) и инфекция послеоперационной раны 1,6% (2 человека). У 31 из 360 (6,5%) больных развилась глубокая раневая инфекция с вовлечением имплантированной сетки. Проведенный анализ показал, что периоперационная АБП имеет первостепенное значение, в снижении уровня осложнений раннего послеоперационного периода. Нами установлены факторы риска для развития серомы послеоперационной раны: 1) Старшая возрастная группа – возраст выше 60 лет. 2) Большие

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

размеры грыжевых ворот.3) Продолжительность операции свыше 110 минут.4) Сопутствующая патология в виде сахарного диабета и ожирения. Продолжительность операции – значимый фактор риска, связанный с инфицированием сетки при послеоперационных грыжах. Лучший способ борьбы с инфицированием сеток – предотвращение его, путем внедрения единого протокола операции и периоперационная АБП. Таким образом, основными условиями проведения периоперационной АБП при протезирующей герниопластике являются: 1. Введение антибиотиков с целью профилактики осуществляется в течение одного часа до разреза кожи. Это позволяет достигать бактерицидной концентрации препарата в тканях и в сыворотке крови в момент разреза кожи и снизить риск инфекции. 2. Антибиотики с целью профилактики отменяются в течение 24 часов после окончания операции. 3 Выбор антибиотиков для проведения профилактики должен производиться с учётом безопасности, экономической целесообразности (соотношение «стоимость/эффективность») и адекватной антимикробной активности против наиболее вероятных возбудителей раневой инфекции. 4. Профилактическое применение антибиотиков в послеоперационном периоде (при отсутствии клинических признаков инфекции) или с целью профилактики других нозокомиальных инфекций следует признать нерациональным и нежелательным

229.ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

1Деговцов Е.Н., 1Клинков В.А., 2Федоров А.О., 2Пархоменко К.К.

Омск

1ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»Кафедра госпитальной хирургии2 БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», эндоскопическое отделение, хирургическое отделение

Актуальность проблемы. Проблема диагностики и лечения острого панкреатита в настоящее время является наиболее актуальной в неотложной абдоминальной хирургии. У 42-53% пациентов основной причиной развития острого панкреатита является патология желчевыводящих путей (желчнокаменная болезнь, рубцовая деформация и сужение большого сосочка двенадцатиперстной кишки). Цель исследования: изучить результативность эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ) у пациентов с острым билиарным

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

панкреатитом. Материалы и методы. В эндоскопическом отделении клиники, 2010-2013 гг был обследован 41 пациент с диагнозом «острый билиарный панкреатит», у которых в разные сроки от начала заболевания была выполнена ЭПСТ. Средний возраст пациентов в изучаемой группе составил 59,2±16,3 года. Преобладали пациенты старше 60 лет – 17 пациентов, что составило 56,6%. Из 41 пациента 29 женщины (70,1%), 12 мужчин (29,9%). У 97% пациентов хирургических вмешательств на желчевыводящих путях ранее не производилось. По данным ультразвукового исследования, желчнокаменная болезнь диагностирована в 34 наблюдениях (82,9%). При этом, расширение общего желчного протока выявлено у 33 пациентов (80,4%). При анализе лабораторных показателей было установлено, что уровень общего билирубина у 14 пациентов (34,1%) был либо нормальным, либо не превышал 40 мкмоль/л, от 40 до 100 мкмоль/л — в 13 наблюдениях (34,1%). В 14 - гипербилирубинемия была свыше 100 мкмоль/л, что не было расценено как противопоказание для последующих манипуляций на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. При анализе уровня диастазы мочи отмечалось значительное повышение у 34 пациентов (82,9%), причём в 11 наблюдениях превышало нормальные показатели от 50 до 70 раз. Амилаза крови была повышена у 35 пациентов (85,4%), причём в 7 наблюдениях это было значительное превышение нормальных значений (от 30 до 50 раз). Для диагностики патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки и проведения манипуляций применяли дуоденоскопы с боковой оптикой «Olympus». Для ЭПСТ использовали папиллотомы различных видов. Эндоскопические вмешательства проводились в первые сутки от начала заболевания до 8-х суток. У 31 пациента (75,6%) ЭПСТ проведена в сроке до 72 часов, после 72 часов от начала заболевания ЭПСТ выполнялась 10 пациентам, что составило 24,4%. Результаты. В результате проведённых исследований выявлено, что основной причиной острого билиарного панкреатита в 34 наблюдениях (82,9%) были вколоченные конкременты ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки и папиллит (в 5 наблюдениях). Гораздо реже причинами, вызвавшими билиарный панкреатит, являлись стриктура терминального отдела холедоха с холедохолитиазом и без него, стеноз устья большого сосочка двенадцатиперстной кишки и парапапиллярные дивертикулы. У 5 пациентов (12,1%) помимо основного заболевания был диагностирован гнойный холангит, помимо литоэкстракции проведена санация холедоха с аспирацией гнойной желчи и дробным отмыванием холедоха тёплым физраствором. В одном наблюдении пациент находился в резидуальном периоде острого нарушения мозгового кровообращения, у него для проведения ЭПСТ потребовалась анестезиологическая поддержка. У одной пациентки имелась маточная беременность в сроке 6-7 недель, что исключало возможность рентгенологического контроля, объём вмешательства был ограничен ЭПСТ и экстракцией вколоченного конкремента ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки в течение первых часов после обращения в стационар. Положительная динамика лабораторных показателей и клинической картины в послеоперационном периоде наблюдалась у 38 пациентов. У двух пациентов эндоскопическое вмешательство неэффективно - конкремент общего желчного протока удалить не удалось (ввиду крупного размера). Псевдотуморозный панкреатит установлен у одного пациента. После проведенного лечения 35 пациентов в удовлетворительном состоянии

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выписаны в сроки от 4 до 14 суток. Остальные (6 пациентов) были подвергнуты традиционному хирургическому лечению. Летальность в данной группе больных не наблюдалась. Заключение. Таким образом, эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки при остром билиарном панкреатите остаются чрезвычайно сложным разделом неотложной абдоминальной хирургии. Проведенный анализ результативности эндоскопических вмешательств при данной патологии позволил сделать ряд выводов: • Наиболее частой причиной развития острого билиарного панкреатита являются вколоченные камни ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки; • Отсутствие ультразвуковых признаков билиарной гипертензии не может считаться фактором, позволяющим исключить билиарную природу панкреатита; • При повышении уровня ферментов в крови и моче, в сочетании повышением билирубина, пациенту показана фиброгастродуоденоскопия в экстренном порядке для исключения обструкции желчевыводящих путей; • Поступление в поздние сроки от начала заболевания не является причиной отказа в проведении манипуляций на большом сосочке двенадцатиперстной кишки; • Старческий возраст, тяжёлая сопутствующая патология или тяжесть основного заболевания не являются противопоказанием для минимально инвазивных вмешательств, потому что эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с удалением вколоченного конкремента, восстановлением пассажа желчи и панкреатического сока, санацией желчевыводящих путей позволяет купировать явления острого билиарного панкреатита.

230.ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТОЗНЫХ УДВОЕНИЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Соколов Ю.Ю. (1), Хаспекоев Д.В. (2), Вилесов А.В. (2), Пыхтеев Д.А. (3), Топилин О.Г. (2), Зыкин А.П. (1)

г. Москва

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

Цель: оценить эффективность эндохирургических вмешательств у детей с кистозными удвоениями (КУ) пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Материалы и методы: С 2007 по 2014 годы были оперированы 25 детей в возрасте от 5 дней до 15 лет с КУ начального отдела пищеварительного тракта. Супрадиафрагмальные КУ выявлены у 11 (44,0 %) больных, из них удвоения верхней или нижней трети грудного

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

отдела пищевода отмечены у 8, изолированные энтерогенные кисты средостения – у 3. Инфрарadiaфрагмальные КУ диагностированы у 13 (52,0 %) детей, из них КУ кардиального отдела пищевода – у 1, КУ дна и тела желудка – у 6, КУ желудка с локализацией в поджелудочной железе – у 2, гастродуоденальное КУ – у 2, КУ желудка с ретроперитонеальной локализацией – у 1, парафатериальное удвоение ДПК – у 1. Наличие множественных КУ пищевода и желудка в сочетании с внедолевой легочной секвестрацией и эзофагеальным бронхом установлено у 1 ребенка. Торакоабдоминальное сообщающееся удвоение ДПК диагностировано в 1(4,0%) случае. Клинические симптомы (дисфагия, боли в животе, частичная высокая кишечная непроходимость, рецидивы желудочно-кишечного кровотечения) имелись у 13 (52,0%) детей. Диагностическая программа включала применение мультиспиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии, по показаниям – рентгеноконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта и фиброэзофагогастродуоденоскопии. Энтерогенные кисты средостения были диагностированы при антенатальном УЗИ в 3 случаях. До операции правильный диагноз удалось установить у 20 (80,0%) больных, в остальных случаях наличие КУ было подтверждено в ходе торако- или лапароскопии. Результаты. Торакоскопические вмешательства выполнены 12 больным, лапароскопический доступ использован у 13 детей. Энуклеацию КУ пищевода с сохранением собственной слизистой оболочки и последующим восстановлением мышечного слоя пищевода произвели в 8 случаях. Энтерогенные кисты заднего средостения удалены в 3 наблюдениях. КУ кардиального отдела пищевода и желудка энуклеированы с наложением серозно-мышечных швов 7 больным. КУ, переходящие с привратника на медиальную стенку ДПК, были фенестрированы с демукозацией внутренней оболочки у 2 детей. КУ желудка, расположенные в области хвоста поджелудочной железы и в забрюшинном пространстве, были иссечены 3 детям. При парафатериальном удвоении ДПК была выполнена трансдуоденальная фенестрация стенки кисты. В наблюдении торакоабдоминального удвоения ДПК потребовалась конверсия с переходом на торакотомию и лапаротомию. В раннем послеоперационном периоде в 1 случае после иссечения гастродуоденального КУ выполнена лапаротомия с ушиванием дефекта стенки ДПК. В остальных 23 наблюдениях осложнений не отмечено. Таким образом, у детей возможна эндовидеохирургическая коррекция таких редких пороков развития, как КУ пищевода, желудка и ДПК. Миниинвазивные вмешательства могут быть применены в разных возрастных группах больных при различных локализациях и анатомических вариантах пороков.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

231.Способ этапного видеоассистированного интраабдоминального превентивного эндопротезирования.

Куликова Н.А. Ташкинов Н.В.

Хабаровск

Дальневосточный Государственный медицинский университет

Внедрение превентивного эндопротезирования передней брюшной стенки позволило снизить частоту развития послеоперационных вентральных грыж до 0%. Являясь «золотым стандартом», надапоневротическое эндопротезирование сопровождается в 16-26% местными раневыми осложнениями. Применение интраабдоминального эндопротезирования позволяет избежать местных раневых осложнений. Однако ограничение осмотра области фиксации эндопротеза значительно затрудняет и удлиняет выполнение вмешательства, вызывая негативное отношение врачей. Поэтому разработка способа, облегчающего выполнение интраабдоминальное эндопротезирование, является актуальным и практически значимым. Для решения поставленной задачи нами разработан «Способ этапного видеоассистированного превентивного эндопротезирования передней брюшной стенки», заключающийся в двухэтапной внутрибрюшной фиксации полимерного композитного эндопротеза. При этом второй этап осуществляется под контролем лапароскопа. Композитный эндопротез представляет собой 2-хслойную полимерную сетку, состоящую из полипропиленового верхнего слоя, примыкающего к брюшине; и политетрафторэтиленового нижнего слоя, прилегающего к внутренним органам. Скрепляют эндопротезы атравматическим шовным материалом по периметру, при этом оставляют длинные концы - усы, при помощи которых осуществляется фиксация композитного эндопротеза к передней брюшной стенке. После выполнения основного оперативного вмешательства и заключается в изготовлении композитного эндопротеза и введении его через лапаротомную рану в брюшную полость. В точке Мак-Бурнея под визуальным контролем вводят в брюшную полость троакар №10. Затем брюшная полость послойно ушивается. После ушивания лапаротомной раны через оставленный троакар №10 накладывают пневмоперитонеум, вводят лапароскоп и под контролем лапароскопа в точке Мак-Бурнея справа и в левом мезогастррии по передней подмышечной линии вводят троакары №5 с инструментами для фиксации композитного эндопротеза к передней брюшной стенке. На коже передней брюшной стенки, отступя 3 см от края лапаротомной раны, острым скальпелем наносят насечки длиной до 0,3 см на расстоянии 2–3 см друг от друга по периметру и на расстоянии 2–3 см от кожного разреза. Затем под контролем лапароскопа через надрезы кожи вводят скорняжную иглу в брюшную полость. С помощью эндозажима и скорняжной иглы две нити из одного узла на эндопротезе по очереди выводят наружу через насечку на кожных покровах и завязывают, погружая узлы в подкожно-жировую клетчатку до уровня апоневроза. Завершают фиксацию композитного эндопротеза ревизией брюшной полости. Большой сальник укладывают таким образом, чтобы уменьшилась площадь соприкосновения эндопротеза с петлями кишечника. Среди 9

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациентов, которым было выполнено превентивное эндопротезирование, 4 применена методика этапного видеоассистированного превентивного эндопротезирования. В послеоперационном периоде раневых осложнений выявлено не было, что подтверждено данными ультразвукового исследования передней брюшной стенки в области послеоперационной раны в динамике. Применение интраабдоминального видеоассистированного превентивного эндопротезирования позволяет улучшить обзор области вмешательства, облегчить выполнение фиксации эндопротеза и сократить время выполнения операции.

232. Лапароскопическая трансабдоминальная интраперитонеальная аллопластика пахового промежутка (ТАРР), как операция выбора при паховой грыже. 800 операций за 5 лет. Опыт одного стационара.

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Тиняков А.А., Пашаева Д.Р., Фирсова Д.В., Орловская Е.С.

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Введение: Операции по поводу паховой грыжи, наряду с операциями по поводу желчекаменной болезни, являются наиболее часто выполняемыми операциями в мире. По статистике по поводу паховой грыжи ежегодно выполняется до 20 млн. различных операций. Риск развития паховой грыжи в течение жизни для мужчин и для женщин составляет 27% и 3% соответственно. В настоящее время «золотым стандартом» оперативного лечения паховой грыжи является открытая или эндоскопическая аллопластика пахового промежутка. По данным анализа посвященной данной тематике литературы, проведенным Р. Битнером в 2011 году, для применения в клинике могут быть рекомендованы только три вида операций по поводу паховой грыже: пластика Шолдайса, открытая передняя пластика сетчатым протезом по Лихтенштейну и эндоскопическая (задняя - трансабдоминальная или преперитонеальная) пластика. При этом, рецидив грыжи в течение 5 лет наблюдается в 3,9%, 1,6% и 1,1% соответственно. Данная статья посвящена опыту выполнения лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики (ТАРР) пахового промежутка в условиях общехирургического отделения многопрофильного стационара. Материалы и методы: с декабря 2009 года по декабрь 2014 года в клинике хирургии и онкологии Лечебно-реабилитационного Центра Минздрава России (2009-2013 гг. главный хирург В.Н. Егиев) выполнено 800 операций по поводу паховой грыжи по

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

методике TAPP. Использовалась стандартная трех-троакарная методика (11, 11, 5 мм), места проколов инфильтрировались 2% лидокаином, сетка размещалась без края, после широкой отсепаровки брюшины и фиксировалась герниостепплером в стандартных точках, восстановление целостности брюшины до 2013 года производилось герниостепплером, с 2013 года – ушиванием рассасывающимся шовным материалом. Методами контроля являлись: анализ данных историй болезни, телефонный опрос и осмотр пациентов. При этом по телефону опрошено 86% пациентов, осмотрено 55% пациентов. Оценка проводилась по следующим параметрам: наличие рецидива (+/-), наличие хронического болевого синдрома (по 5-ти балльной шкале), наличие снижения чувствительности (по 5-ти балльной шкале), ограничение занятия профессиональной деятельностью (+/-). Результаты: среди пациентов было 92% мужчин, 8% женщин. Двухсторонних грыж было 18%. Средний послеоперационный койко-день $1,8 \pm 0,35$ для односторонней и $1,9 \pm 0,4$ для двухсторонней грыжи. Среднее время операции при односторонней грыже составило $53,02 \pm 6,2$ мин, при двухсторонней – $85,68 \pm 10,3$. При этом выявлена кривая обучения: среднее время операции в 2009 году (односторонние/двухсторонние) $65,5 \pm 19,08 / 102,22 \pm 26,47$ мин, в 2010 г – $54,09 \pm 11,79 / 98,3 \pm 2,36$ мин, в 2011 – $52,2 \pm 15,1 / 90 \pm 11,2$ мин, в 2012 – $46,18 \pm 12,69 / 78,3 \pm 15,28$ мин, в 2013 – $51,67 \pm 17,62 / 80,1 \pm 15$ мин, в 2014 – $48,5 \pm 8,6 / 65,2 \pm 10,2$ мин. При этом некоторое увеличение времени операции в 2013-2014 гг мы связываем с изменением методики – закрытием дефекта брюшины ушиванием. Симультанные операции выполнены в 89 (11,1%) случаях. Интраоперационные осложнения произошли в 3 (0,38%) случаях: 1 – повреждение семявыносящего протока, 2 – повреждение нижней эпигастральной артерии. В 1 случае пациенту на 2 сутки после операции по месту жительства выполнена лапаротомия по поводу гемоперитонеума, причиной которого стало состоявшееся кровотечение из нижней эпигастральной артерии. Всем пациентам проводилось плановое обезболивание только пероральными или внутривенными НПВС в стандартных дозировках. Средний койко-день составил $2,1 \pm 0,4^*$. Ранние послеоперационные осложнения развились в 24 (3%) случаях, при этом все осложнения были местными и не потребовали длительного лечения (1 ст. по классификации Dindo-Clavien) – чаще всего – серомы семенного канатика, разрешившиеся пункционно. Рецидив грыжи выявлен в 3-х случаях (0,38%), причиной рецидива в 2-х случаях послужило «подворачивание» нижнего края сетки, в 1-м – отрыв медиального края сетки от куперовской связки. Хронический болевой синдром выявлен у 36 (4,5%) пациентов, при этом в 1 случае потребовалась повторная операция с удалением фиксирующих элементов сетки, в 2 случаях – инъекционное ведение, в остальных случаях болевой синдром слабо выражен (1-2 балла). Только в одном случае наличие хронической послеоперационной боли привело к ограничению занятием профессиональной деятельностью – пациент был оперирован – выполнено удаление фиксирующих элементов сетки. Заключение: данные, полученные при проведении анализа результатов нашей работы демонстрируют безопасность и эффективность TAPP, что, наряду с малоинтенсивным болевым синдромом и коротким койко-днем, позволяет рекомендовать данный вид операции как операцию выбора при лечении неосложненных паховых грыж в условиях общехирургического

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

отделения многопрофильного стационара с интенсивным потоком пациентов.

233.Выполнение лапароскопических операций после ранее перенесенных лапаротомий

к.м.н. Орехов Г.И

Брянск, Обнинск

Брянская областная больница №1, ООО "Клиника №1"

Наложение первичного пневмоперитонеума, введение первого троакара и оптики – обязательный этап любой лапароскопической операции в эндовидеохирургии. Данный этап операции у ранее оперированных больных, при наличии спаечного процесса в брюшной полости, зачастую создает сложности, которые могут привести к фатальным последствиям. Повреждение внутренних органов в среднем составляет 3 случая на 1000 операций [3]. Цель: изучение возможности выполнения лапароскопических оперативных вмешательств у больных с ранее перенесенными лапаротомиями. Задачи: обосновать и оценить возможность безопасной установки первого троакара при выполнении лапароскопических операций с целью исключения вероятности повреждений внутренних органов у больных с ранее перенесенными лапаротомиями. Материал и методы. За период 1996–2014 гг. накоплен опыт более 6000 тысяч операций у больных желчнокаменной болезнью и гинекологических больных, подвергшихся лапароскопии. Проведен анализ результатов лапароскопических операций у 236 больных, ранее перенесших лапаротомию в период от 6 месяцев до 10 лет. По возрасту пациенты от 30 до 55 лет. Из них у 112 пациенток ранее проведены гинекологические операции (миома матки, внематочная беременность, кесарево сечение). Всем пациентам ранее проводилась нижнесрединная лапаротомия. 124 больным ранее была выполнена верхнесрединная лапаротомия (резекция желудка у 17, травма брюшной полости у 18, ущемленная паховая грыжа у 10, ранение живота у 26, диагностическая лапаротомия у 22, пластика вентральных грыж у 10, лапаротомия по поводу аппендикулярного перитонита 10, перитонита с выведением илеостомы 1, множественных ранее перенесенных лапаротомий 10). Из них 158 женщин и 78 мужчин. Методики вхождения в брюшную полость, применяемые нами у ранее оперированных больных, можно разделить на открытую и закрытую. До 2003 года введение первого троакара у больных с ранее перенесенными лапаротомиями проводилось по так называемой «открытой методике», когда, по сути, выполнялась

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

минилапаротомия с пальпаторным и визуальным контролем места постановки троакара. Подобных вхождений выполнено 195. Повреждений внутренних органов, связанных с открытой методикой постановки первого троакара, не выявлено. Среднее время выполнения процедуры = 5+1 мин. В 2003 году предложен способ введения первого троакара при лапароскопических операциях. Всем пациентам перед лапароскопией проводилось исследование правой прямой мышцы живота на аппарате «Алока» SSD 4000 и датчиком 7,5-10 МГц. Пункцию брюшной полости производили иглой Вереща. Первый троакар вводился трансректально через разрез кожи передней брюшной стенки в точке выше уровня пупочного кольца справа, или слева от срединной линии, в зависимости от имеющегося ранее послеоперационного рубца на передней брюшной стенки, на расстоянии, равном одной четверти ширины прямой мышцы живота и половине ширины белой линии живота. Троакар проходил через передний листок влагалища прямой мышцы живота, тупо разделял волокна прямой мышцы живота, прокалывал задний листок влагалища прямой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину. Из опыта операций следует отметить тот факт, что в точке предполагаемого введения троакара ни в одном из случаев нами не было выявлено послеоперационных сращений и подпаянных внутренних органов. Все послеоперационные сращения фиксировались по срединной линии к месту послеоперационного рубца. У больных, ранее перенесших нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологических операций, сращения послеоперационного рубца были менее выражены и выявлены у 14 пациенток. После входа в брюшную полость устанавливали манипуляционные троакары в зависимости от выраженности спаечного процесса в брюшной полости и предполагаемого оперативного пособия. На предлагаемый способ введения первого троакара при лапароскопических операциях получен патент РФ на изобретение № 2267300 от 10 января 2006г [2]. Осложнений, связанных с постановкой первого троакара у ранее оперированных больных, не выявлено. Среднее время выполнения процедуры = 1+1 мин. Выводы: 1) при соблюдении определенных принципов введения первого троакара ранее перенесенное оперативное вмешательство на брюшной полости не является противопоказанием для выполнения лапароскопических операций; 2) вероятным противопоказанием к лапароскопической операции после ранее перенесенных лапаротомий является наличие в анамнезе неоднократных оперативных вмешательств, связанных с тяжелым спаечным процессом в брюшной полости.

234. Мининвазивная хирургия дивертикулов пищевода.

Мазурин В.С., Прищепо М.И., Титов А.Г.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Дивертикулы пищевода являются редкой патологией. Пациенты впервые обратившиеся в медицинские учреждения, как правило, имеют длительный анамнез заболевания. По локализации приобретенные дивертикулы пищевода делятся на 1) глоточно-пищеводные (Ценкера); 2) бифуркационные; 3) эпифренальные и чаще встречаются у пациентов немолодого возраста. Генез формирования дивертикула Ценкера – дилатация стенки в связи с ахалазией верхнепищеводного сфинктера, бифуркационные дивертикулы имеют преимущественно тракционный характер, а эпифренальные возникают при нарушении функции кардии, при ахалазии либо при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Для проведения хирургического доступа необходимо учитывать локализацию и генез дивертикула. Цель исследования: определить оптимальные доступы к дивертикулам пищевода различной локализации, уменьшить травматизм хирургического вмешательства и сократить срок послеоперационного периода реабилитации. За период с 2009г. по 2014г. в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ МО МОНИКИ проходили лечения 39 больных с диагнозом дивертикул пищевода. Мужчин было 26 и 13 женщин. Средний возраст составил 69+2года. (макс-87лет, мин-35лет.), из них 5 поступили в экстренном порядке с перфорацией стенки дивертикула, возникшей после выполненной в других учреждениях эзофагоскопии. У 32 больного поступивших был глоточно-пищеводный дивертикул, у 2 – эпибронхиальный, у 5 больных - эпифренальный. Из них у 3 больных наличие эпифренального дивертикула сочеталось с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и у двух с ахалазией кардии. Оперировано в МОНИКИ - 38 больных, у 4 - операции выполнены в экстренном порядке в объеме резекции перфорированного дивертикула и дренирования средостения. 1 больной выполнить экстренное хирургическое лечение не представлялось возможным из-за крайней тяжести состояния (умерла через 3 часа после поступления). 2 больных с бифуркационными дивертикулами операция выполнена из правостороннего торакаскопического доступа в объеме резекции дивертикула. 32 больных оперированы по поводу ценкекровского дивертикула: 6 в объеме эндоскопической эзофагодивертикулостомии; 26 больным выполнена резекция дивертикула с крикомиотомией, причем у 5 операция выполнена из видеоассистированного минидоступа. 2 больных с эпифренальными дивертикулами оперированы лапароскопическим доступом с одновременным коррекцией кардии. Результаты: Все 38 больных были выписаны из стационара с выздоровлением. У 5 больных оперированных в объеме эндоскопической эзофагодивертикулостомии в ближнем послеоперационном периоде сохранялись жалобы на дисфагию. В связи, с чем одному больному выполнена открытая резекция дивертикула и от данной операции в последующем отказались. У 5 больных оперированных

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

по поводу ценкеровского дивертикула из классического кольярного доступа с прошиванием лигатурой шейки дивертикула, возникла несостоятельность шва пищевода, которая закрылась самостоятельно. У 1 больного оперированного по поводу ахалазии пищевода и резекции дивертикула лапароскопическим доступом также возникла несостоятельность шва пищевода, которая закрылась самостоятельно на фоне консервативной терапии. Выводы: 1. Применение миниинвазивных доступов сократило срок стационарного лечения вдвое, сшивающие аппараты исключили несостоятельность швов пищевода. 2. При локализации дивертикула в глоточно-пищеводном переходе оптимальным является резекция дивертикула из видеоассистированного минидоступа с помощью сшивающего аппарата. 3. Наилучшим доступом при локализации дивертикула в средней трети пищевода является правосторонняя торакоскопия. 4. При эпифренальных дивертикулах показана лапароскопия, которая позволяет не только выполнить резекцию дивертикула, но и устранить основную причину его возникновения.

235. Первый опыт применения видеоассистированного кольярного минидоступа при резекции дивертикула Ценкера.

Мазурин В.С., к.м.н. Прищепо М.И., к.м.н. Титов А.Г.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Приобретенные глоточно-пищеводные дивертикулы – самая часто встречающаяся разновидность дивертикулов пищевода. Дивертикулы Ценкера – возникают при дилатации стенки в связи с ахалазией верхнепищеводного сфинктера. Цель исследования: применение нового миниинвазивного доступа в лечении дивертикула Ценкера и определение его экономической ценности. За период с 2009г. по 2014г. в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ МО МОНИКИ проходили лечения 32 больных с диагнозом глоточно-пищеводный дивертикул пищевода. Мужчин было 26 и 13 женщин. Средний возраст составил 67+2года. (макс-87лет, мин-35лет.) Все пациенты были оперированы: 6 в объеме эндоскопической эзофагодивертикулостомии; 26 больным выполнена резекция дивертикула с крикомиотомией, из них у 5 операция выполнена из видеоассистированного кольярного минидоступа разработанного в клинике. Доступ длиной 2см выполняется по переднему краю

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

кивательной мышцы выше глоточно-пищеводного перехода на 2см. Через отдельный порт для обзора раны вводится 5мм видеокамера. Оперирование осуществляется с помощью эндоскопических инструментов введенных через миниколлотомию. После выделения дивертикула до шейки и крикомиотомии выполняется резекция дивертикула с помощью эндоскопического сшивающего аппарата. У 5 (83,3%) больных оперированных в объеме эндоскопической эзофагодивертикулостомии в ближнем послеоперационном периоде сохранялись жалобы на дисфагию. В связи, с чем одному больному выполнена открытая резекция дивертикула и от данной операции в последующем отказались. У 5 (23,8%) больных оперированных по поводу ценкеровского дивертикула из классического колярного доступа с прошиванием лигатурой шейки дивертикула, возникла несостоятельность шва пищевода, которая закрылась самостоятельно в послеоперационном периоде. Больные оперированные через видеоассистированный колярный минидоступ с прошиванием шейки эндоскопическим аппаратом начали питаться на следующий день и были выписаны на 3и сутки после операции. Выводы: 1. Использование видеоассистированного колярного минидоступа сократило срок стационарного лечения вдвое. 2. Использование видеоассистированного колярного минидоступа имеет лучший косметический результат. 3. Применение эндоскопических сшивающих аппаратов является надежным способом шва пищевода на шее.

236.Торакоскопия при повреждении диафрагмы у пострадавших с множественной и сочетанной травмой

Дегтярев О.А., Саркисян В.А., Андреев Е.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП

В настоящее время число больных с повреждением органов груди на фоне множественной и сочетанной травмы (МСТ) заметно увеличилось. Данная категория пострадавших является наиболее тяжелым контингентом и относится к особо ответственной области хирургии. Сомнения при постановке диагноза, нерешительность в выборе оптимального оперативного способа чаще всего является причиной неудовлетворительных результатов. Для улучшения результатов диагностики и лечения пострадавших с сочетанной травмой при повреждении диафрагмы была использована видеоторакоскопия. Особенно это касается пациентов с травматическим повреждением (разрывом)

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

диафрагмы, так как при этом чаще всего развивается феномен взаимного отягощения. В патогенезе этого феномена у пострадавших с повреждением органов груди на фоне МСТ имеют значение два момента: во первых тяжесть состояния может быть обусловлена различными источниками кровотечения и респираторной недостаточности, во вторых сочетание различных областей повреждений и развитие катаболической фазы усугубляют совокупность функциональной недостаточности, осложняют дыхательную гипоксию, а вероятность попадания органов брюшной полости в плевральную полость и опасность возникновения ущемления повышает риск развития перитонита и эндотоксикоза. Данные наших наблюдений, свидетельствуют, что правильный диагноз до операции и последовательные действия хирургов имели место всего у 1/3 данной категории пострадавших. Доминирующими положениями в диагностике повреждений диафрагмы на фоне МСТ до настоящего времени являются тщательные клиничко-рентгенологическое и ультразвуковое исследование, а также плевральная пункция. Наша практика показывает, что не всегда удается поставить правильный диагноз на основании вышеизложенных диагностических мероприятий, так как такие рентгенологические признаки как коллабирование легкого, наличие воздуха и жидкости в плевральной полости, возможное смещение органов средостения, отсутствие дифференциации купола диафрагмы, наличие свернувшегося гемоторакса часто специалистами рентгенологами расценивается как травматический гемопневмоторакс, напряженный пневмоторакс и приводят к необоснованным и неоправданным пункциям плевральной полости или ее дренированию. Правильный диагноз травматического повреждения диафрагмы чаще всего ставится после контрастного исследования желудочно-кишечного тракта, выявляющего перемещение полых органов в плевральную полость. Однако и этот метод не является информативным при попадании в плевральную полость через разрыв прядей большого сальника. Детальный анализ диагностических ошибок при различных разрывах диафрагмы на фоне МСТ показал, что у 47% больных они были связаны с различным сочетанием повреждений: головы - у 15 пострадавших, конечности - у 9 пострадавших, таза - у 5 пострадавших, брюшной полости - у 10 пострадавших. У этих пострадавших из-за тяжести состояния полноценное рентгенологическое исследование не было выполнено, что повлекло к постановке неправильного диагноза или к неправильной трактовке полученных данных. В отношении тактики лечения травматических повреждений диафрагмы до настоящего времени существуют различные противоречивые мнения - от экстренной операции при малейших подозрениях до отсроченных даже при подтвержденном диагнозе. С внедрением видеоторакоскопии значительно расширились диагностические и лечебные возможности в отношении наиболее тяжелого контингента пострадавших с повреждением органов груди на фоне МСТ. Диагноз «травматическое повреждение диафрагмы» нами был выставлен у 17 пострадавших, причем у 9 из них ввиду отсутствия клинических данных предварительный диагноз «травматический разрыв диафрагмы» был под большим вопросом, и распознать повреждение диафрагмы у 7 пациентов удалось только после секвестрации и удаления свернувшегося гемоторакса. У 4 больных разрыв диафрагмы с проникновением в плевральную полость прядей сальника был обнаружен при торакоскопии по

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поводу повреждения легкого (3 пациента), гематома средостения (1 пациент). 7 пациентам, у которых разрыв диафрагмы не превышал 3-4 см, устранить дефект диафрагмы удалось при помощи эндошва под контролем видеоторакоскопии. Гемостаз осуществлялся методом биополярной коагуляции. Пациентам у которых разрыв диафрагмы достигал 5-8 см под контролем видеоторакоскопии осуществлялась миниторакотомия через которую устранялся дефект диафрагмы. У оставшихся 6 пациентов разрыв диафрагмы считался значительным, достигал 12-15см и сочетался с повреждением органов брюшной полости, поэтому устранен со стороны брюшной полости. Таким образом, с внедрением видеоторакоскопии значительно расширился круг лечебно-диагностических мероприятий позволяющих в коротких срок свести процент диагностических ошибок до минимума и поставить точный диагноз у наиболее тяжелого контингента пострадавших, и что не менее важно, осуществить ряд лечебных мероприятий в первые часы после травмы не прибегая к торакотомии, что особенно актуально у пострадавших с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью.

237. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РУКАВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА

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. С 2013 г. начали внедрять бариатрические операции. В лапароскопическом варианте выполнены рукавные резекции желудка. Оперировано трое больных, ИМТ во всех случаях больше 40, в одном случае сахарный диабет 2 типа. Больная Д., 44 лет, диагноз: Морбидное ожирение. ИМТ 41,2. Выполнена лапароскопическая рукавная резекция. Время операции два часа тридцать минут. Послеоперационный период гладкий. Выписана на амбулаторное лечение на пятые сутки. За шесть месяцев похудела на 18 кг, что составило

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

40% потери избыточной массы тела. Больная А., 43 лет, диагноз: Морбидное ожирение. ИМТ 42,3. Выполнена лапароскопическая рукавная резекция, дренирование брюшной полости. Время операции два часа сорок пять минут. Послеоперационный период гладкий. Выписана на амбулаторное лечение на седьмые сутки. За шесть месяцев похудела на 40 кг, что составило 85% потери избыточной массы тела. Больная В., 53 лет, диагноз: Морбидное ожирение, сахарный диабет, 2 тип впервые выявленный. ИМТ 41,7. Выполнена лапароскопическая рукавная резекция, дренирование брюшной полости. Время операции два часа пятьдесят минут. Послеоперационный период гладкий. Выписана на амбулаторное лечение на седьмые сутки. За шесть месяцев похудела на 22 кг, что составило 46% потери избыточной массы тела. Глюкоза крови от 4 до 5,2 мм/л. Все пациенты взяты под наблюдение, осмотрены через три и шесть месяцев. Таким образом, лапароскопическая рукавная резекция, при достаточном оснащении и опыте лапароскопических вмешательств, достаточно безопасный и эффективный метод лечения больных с ожирением, метаболическим синдромом в условиях городской больницы.

238. Значение эндоскопических технологий в снижении летальности при политравме

Андреев Е.В., Хлиян Х.Е., Саркисян А.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП

Актуальность. Система оказания помощи пострадавшим с политравмой в здравоохранении РФ приобретает первостепенное значение, важнейшей задачей является разработка мер по снижению летальности от травм. Цели исследования: определить значение эндоскопических технологий в ранней диагностике и лечении повреждений органов груди и живота, а также осложнений политравмы. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных отчетов, а также протоколов разбора летальных исходов отделения травматологии №2 МБУЗ БСМП г. Ростов-на-Дону в период с 2010 года по третий квартал 2014 год. Результаты. В течение анализируемого периода отделением первично обследовано 31293 пострадавших, госпитализировано 9376 (29,9%), общая летальность снизилась с 6,1% до 5,2%. Возрастная структура летальности следующая: до 15 лет 0-6,9%; 15-19 лет – 2,1-2,7%; 20-29 лет – 14,5-26,6%; 30-39 лет – 10,6-18,2%; 40-49 лет – 7,3-21,2%; 50-59 лет – 9,6-18,2%; 60-69 лет – 6,2-16,1%; 70 и ст. – 19,8-27,7%. Летальность в возрасте от 20 до 39 лет

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

преимущественно обусловлена тяжестью травмы, у пострадавших в возрасте от 40 до 69 лет основная причина смерти – развитие тяжелых осложнений (септические, тромбоэмболические, ЖКК), у пострадавших старше 70 лет смерть наступает при декомпенсации витальных функций. Причиной досуточной летальности (от 22,1-33%) является шок, от 1 до 3 суток основная причина смерти – отек, в том числе постгипоксический, головного мозга, в сроки от 4 суток и позднее причинами летальности являются инфекционные осложнения. Общая летальность в отделении снизилась на 1,1% (20 человек в год), что достигнуто за счет сокращения сроков дооперационного обследования (менее 1 часа), внедрения лечебно-диагностических алгоритмов основанных на эндоскопических методах диагностики и лечения, применения раннего малоинвазивного остеосинтеза до развития эмболических осложнений, своевременного предупреждения и лечения отека головного мозга. Выводы: в течении 5 лет отмечено увеличение доли тяжелых сочетанных травм, диагностика которых без своевременного применения видеоторакоскопии либо видеолaparоскопии затруднительна, недопустимо при обнаружении явной патологии игнорировать повреждения смежных областей.

239.Эндовидеохирургия в системе помощи пострадавшим с сочетанной травмой

Хлиян Х.Е., Андреев Е.В., Саркисян А.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП

Актуальность. Без качественной организации помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями невозможна реализация концепции «золотого часа», в связи с чем целесообразна сортировка пострадавших, на основании выявленных повреждений, оценки состояния гемодинамики, витальных функций, уровня сознания, объективного исследования грудной клетки и живота, ЦНС, ОДА. Цели исследования: Анализ эффективности применения эндовидеохирургии в организации оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями груди и живота. Материалы и методы. Проведен анализ деятельности отделения травматологии №2 МБУЗ БСМП г. Ростов-на-Дону с 2010 г по 2014 год. Результаты. Пострадавшие делятся на «потoki»: первый поток – пострадавшие, нуждающиеся в экстренном оперативном вмешательстве, транспортируются в операционно-реанимационный блок; второй поток – «каталочные» больные, не нуждающиеся в интенсивной терапии,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

обследуются под наблюдением профильного специалиста, в приемном отделении; третий поток – пострадавшие, общее состояние которых позволяет выполнить обследование в условиях приемного отделения. Приоритетом лечебно-диагностического алгоритма при закрытой травме груди и живота являются видеоторако- и лапароскопия. При невозможности завершить операцию эндоскопически, производится конверсия. При невозможности завершить операцию эндоскопически, выполняется конверсия. С 2010 по 2014 год хирургическая активность составила 77,9-88,9%, послеоперационная летальность 1,84-3,0%. Эндоскопически выполнялись: ликвидация свернувшегося гемоторакса, пневмолиз, остановка внутрибрюшного кровотечения при травмах паренхиматозных органов груди и живота, дренирования забрюшинных гематом, санационные реторакоскопии и релапароскопии, всего 1434 операций. Выводы. Применение современных диагностических методов, рациональная хирургическая тактика, профилактика послеоперационных осложнений и их адекватная коррекция являются реальными путями улучшения результатов лечения больных с политравмой.

240. Видеоторакокопия у пострадавших с сочетанной травмой

Дегтярев О.А., Хлиян Х.Е., Андреев Е.В., Саркисян А.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП

Актуальность. Травм груди (ТГ) имеются у 10-20% госпитализированных больных, лечение ТГ отличается длительностью, гнойно-септическими осложнениями до 20% и летальностью до 30% (Абакумов М.М., с соавт. 2003-2013; Багненко С.Ф., с соавт. 2006-2012; Бисенков Л.Н. с соавт. 2006 - 2012; Жестков К.Г. 2005; Хатьков И.Е., с соавт. 2009; Casos S.R., et al., 2010). Цель исследования: Представить данные анализа эффективности видеоторакокопии (ВТС) у пострадавших с сочетанной травмой. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 794 пациентов. Группа I – обследованные и пролеченные без применения ВТС; группа II – обследованные и пролеченные с применением ВТС. Результаты. В I группе пациентов с закрытой ТГ - 284., шок осложнял закрытую ТГ у 81,7% пострадавших. В I группе при торакотомии (ТТ) гемостаз выполнен в 6,0% случаев; удаление свернувшегося гемоторакса в 5,3% случаев; реторакотомии в 1,4% наблюдений, в 12,7% развились осложнения. Во II группе пациентов с закрытой ТГ – 338 человек, шок – 72,2% пострадавших. При закрытой ТГ во II группе ТТ выполнена в 3,6%, ВТС – 94,0%. Гемостаз

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

небольших разрывов легкого коагуляцией – 15,4%, ушивание герниостеплером – 12,4%, миниторакотомия под контролем ВТС – 5,9%. Эффективность лечебных манипуляций, выполненных ВТС у пациентов II группы с закрытой ТГ составила в среднем 82,4%. I группа включала 80 пациентов с ранениями груди. При поступлении у 85,0% пациентов I группы с открытой ТГ отмечен шок. В I группе осложнения после ТТ установлены в 62,5%. Причинами легочно-плевральных осложнений в I группе явились выжидательная тактика с пункционно-дренажным ведением, неадекватная постановка дренажей в «слепую», а так же травматичность оперативного доступа. Во II группе у 92 больных имелась открытая ТГ, шок – 86,9% случаев, у 76,1% пациентов с ранениями груди ВТС являлась окончательным методом лечения. Эффективность выполненных в ходе ВТС составила 67,5%. Выводы: Использование ВТС у пострадавших с сочетанной ТГ позволяет объективно верифицировать тяжесть повреждений, планировать хирургическую тактику, выполнять ТТ по абсолютным показаниям, избежать диагностических и санационных ТТ, выполнять операции на нескольких поврежденных сегментах.

241. Дифференцированный подход к выбору метода герниопластики у пациентов с паховыми грыжами

Кононенко И.Е., Захарчук А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность: Операции по поводу грыж составляют почти четверть от всех хирургических вмешательств. Количество пациентов, страдающих грыжами различной локализации, составляют от 3 до 4% населения. Примерно в 75% случаев речь идет о паховых и бедренных грыжах. 35% из них выполняют в экстренном порядке по поводу ущемления с летальностью в среднем не менее 3%. До появления сетчатых имплантов, применительно к любым грыжам, операции сводились к ушиванию грыжевых ворот местными тканями. В зависимости от вида грыжи и её размеров средний уровень рецидивов составлял около 14%. Внедрение Lichtenstein (1984) нового "tension free" принципа паховой герниопластики позволило уменьшить частоту послеоперационных рецидивов с 14% до 1,5%. Из недостатков операции следует отметить о наличии стойкого болевого синдрома у 20% больных в результате контакта сетки с веточками подвздошно-пахового нерва. Лапароскопические вмешательства (TAPP, TEP), отличаясь малой травматичностью и достаточно высокой

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

эффективностью, во многих случаях стали альтернативой традиционным способам грыжесечения. Мировая статистика свидетельствует, что при правильном проведении лапароскопической герниопластики средний уровень рецидивов составляет до 0,5%, а уровень послеоперационных осложнений не превышает 2-3%. Цель исследования: Оценить эффективность и возможность выполнения различных методов герниопластики у больных с паховыми грыжами. Материалы и методы. В период с января 2011 по декабрь 2014 года прооперировано 254 больных с паховыми грыжами. Из них мужчин - 219, женщин - 35. Средний возраст составил 58,2 лет. Двусторонняя локализация отмечена у 27 больных, у 31 - рецидивные паховые грыжи. Натяжная герниопластика (по Бассини и модификации) была выполнена 13 пациентам, ненатяжная - 186 (в т.ч. пластика по Лихтенштейну), лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP, TEP) - у 55 больного. Результаты. Средняя длительность TAPP составила 51 мин, конверсии и осложнений во время операции не было. Послеоперационная анальгезия - дексалгин - в первые сутки после операции; 8 пациентам однократно вводились опиаты. Дизурических расстройств не отмечалось. Активизация пациентов происходила на следующие сутки. Амбулаторное лечение начиналось на 2-3 день после операции. Все пациенты осмотрены через 1 месяц после операции - осложнений нет, болевой синдром не беспокоит, отличный косметический результат. В то время как средняя длительность операции при выполнении открытой ненатяжной герниопластики составила 91,5 мин. Введение опиатов после операции потребовалось 63 пациентам (39%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре 4-5 дней. В течение первого месяца серомы отмечены у 5 пациентов, паховая боль у 11 больных сохранялась 2 мес. Выводы. Оптимальным вариантом при лечении паховых грыж остается грыжесечение с использованием аллотрансплантатов. Результаты применения открытой ненатяжной и лапароскопической герниопластик сопоставимы. Лапароскопическая герниопластика имеет минимальный болевой порог, приводит к ранней активизации пациентов с быстрой последующей реабилитацией, и восстановлением трудоспособности.

242. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических операций и послеоперационного обезболивания в условиях поликлиники

Ванданов Б.К., Шихметов А.Н., Лебедев Н.Н.

Москва

поликлиника ОАО "Газпром"

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В дневном стационаре Поликлиники ОАО «Газпром» улучшение качества послеоперационного обезболивания больных предопределило создание протокола анальгезии, в котором, в качестве базисных препаратов используются неопиоидные анальгетики. Лапароскопические операции проводятся под эндотрахеальной анестезией (ЭТН) и под тотальной внутривенной анестезии (ТВА) с искусственной вентиляцией легких. Проведение ЭТН основано на ингаляции Севорана («Abbott Laboratories Ltd», США) в режиме low-flow, миорелаксантов и наркотических анальгетиков. В последнее время для проведения вентиляции легких с успехом используется одноразовая ларингеальная маска LMA Supreme. Сбалансированное использование пропофола, кетамина, фентанила и миорелаксантов при ТВА, так же позволяет выполнить адекватную анестезию данных операций. Выбор кетамина несмотря на его побочные эффекты неслучаен, так являясь внутривенным анестетиком, он в малых дозах обладает свойствами анальгетика, блокируя N-метил-D-аспартат рецепторы. Введение кетамина малыми дозами во время и после операции вызывает отчетливый обезболивающий и опиоид-сберегающий эффект не приводя к побочным эффектам. В наших наблюдениях, сравнение двух методов анестезии (ЭТН и ТВА) не выявило отчетливых различий по времени пробуждения и восстановления когнитивных функций в исследуемых группах. Выраженность боли после ТВА у всех больных, по 10 бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), составила от 1 до 3 баллов. В группе, пациентам которой проводили ЭТН у 17% из них, уровень боли был выше 3 и составлял 5 баллов. Следует отметить, что проявления послеоперационной тошноты и рвоты в 1,8 раза чаще наблюдалось у пациентов группы с ЭТН. Во время анестезии, согласно методу М. Sosnovski, внутривенное введение 1 гр. парацетамола и НПВП (декскетопрофена 50 мг или лорноксикама 8 мг) проводилось за 30 минут до окончания операции. Дальнейшее плановое введение 1 гр. парацетамола через 4 часа, а затем каждые 6 часов (суточная доза 4 г) в комбинации с одним из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Раствор декскетопрофена вводится по 50 мг (150-200 мг суточная доза) или лорноксикама по 8 мг (16-24 мг за сутки) с интервалом 4-6 часов. При неудовлетворительном качестве обезболивания от применения данной схемы обезболивания, рекомендуется дополнительное назначение 50 мг Трамала (Grünenthal, Германия) или 20 мг Налбуфина (Serb, Франция). Проведенное нами исследование эффективности послеоперационного обезболивания, потребовало разделения больных на две группы. В первой группе больных, обезболивание проводилось парацетамолом и НПВП по выше указанной схеме; во второй (контрольной) группе – монотерапией Трамала по 100 мг каждые 6 часов. Выраженность болевого синдрома сразу после восстановления сознания и вербального контакта в основной группе у 95% больных составила $1,25 \pm 0,5$ балла, что соответствует удовлетворительному качеству обезболивания, а у 5 % больных - $4,5 \pm 0,7$ баллов. В контрольной группе интенсивность боли расценивалась по ВАШ - $4,8 \pm 1,3$ баллов. После повторного введения парацетамола и НПВП через 4-6 часов у больных с умеренной болью ноцицептивные ощущения уменьшились вдвое, а у остальных пациентов боль отсутствовала полностью. Несмотря на отсутствие болевых ощущений, всем пациентам продолжали введение парацетамола и НПВП в течение первых суток с интервалом 6 часов.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Оценка качества обезболивания на второй день расценивалась как отличная и хорошая. В отличие от пациентов группы контроля, у которых после повторных внутримышечных введений раствора трамадола интенсивность боли была в 2 раза выше, чем в первой группе. В контрольной группе у пациентов отмечалась тошнота, а у 14% - рвота, в отличие от больных первой группы у которых данные проявления не зарегистрированы. В итоге, стандартная схема обезболивания пациентов при проведении лапароскопических операций обеспечивается: во-первых, включением НПВП вместе с бензодиазепинами в премедикацию; во-вторых, внутривенным введением за 30 минут до окончания операции 1 г парацетамола и НПВП (лорноксикама 8 мг или декскетопрофена 50 мг); в-третьих, системным введением в послеоперационном периоде парацетамола (4 г/сутки) и одного из представленных НПВП (лорноксикама 16-24 мг/сутки или декскетопрофена 150-200 мг/сутки). При недостаточности неопиоидной анальгезии используется трамадол или намбуфин в небольших дозировках. Следует отметить, что уменьшение интенсивности болевого синдрома достигается полной аспирацией остаточного газа из брюшной полости в конце операции. Хороший обезболивающий эффект получен при инсталляции брюшной полости раствором местного анестетика в конце операции и его введением в область проколов передней брюшной стенки. Для этих целей целесообразно использовать раствор ропивакаина, обладающего меньшим нейро- и кардиотоксическим эффектов в сравнении с другими лекарствами амидной группы.

243.Редкие парафатерияльные опухоли опухали двенадцатиперстной кишки: от резекции двенадцатиперстной кишки до гастропанкреатодуоденальной резекции

Черепанин А.И. (1), Галлямов Э.А. (1), Нагаев Р.М. (1), Поветкин А.П. (1,2), Бережков Н.В. (1), Родников С.Е. (1)

Москва

1) Клиническая больница №1 МЕДСИ в Отрадном, 2) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета

Резюме. В сообщении представлен редкий случай аденокарциномы нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК) (9-15% случаев среди злокачественных опухолей ДПК и 3,5% случая онкопатологии билиарно-панкреато-дуоденальной зоны (БПДЗ)) с проведением

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароскопической дуоденэктомии и случай аденокарциномы большого дуоденального сосочка (БДС) с проведением лапароскопической гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР). До недавнего времени радикальным лечением злокачественных образований БПДЗ считалось проведение ГПДР. Среди последних публикаций (Spalding DRC et al. Pancreas-Sparing Distal Duodenectomy for Infrapapillary Neoplasms Ann R Coll Surg Engl. Mar 2007; 89(2): 130–135.) появляются сообщения о возможности проведения дуоденэктомии при локализации опухоли на расстоянии более 1см от БДС. Цель исследования: оценить возможности «Fast track surgery» в эндовидеохирургии злокачественных опухолей ДПК. Материалы и методы. Вышеназванные хирургические вмешательства были выполнены в Клинической больнице №1 в Отрадном ЗАО «ГК «МЕДСИ» в сентябре 2014г. Результаты и их обсуждение. Пациентка Д., 52 года. Диагноз: Умереннодифференцированная аденокарцинома нижнегоризонтальной ветви ДПК Т4N0M1. Непроходимость ДПК. Очаговые образования 7, 8 сегментов печени. Гипертоническая болезнь II ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО 3. Гипертензивная энцефалопатия 1 ст. с астено-невротическим синдромом. ГПОД. Хронический гастрит. В течение двух месяцев находилась на стационарном лечении – проводилась консервативная терапия с временным положительным эффектом, перестала самостоятельно питаться, нарастала слабость, стала отмечать повышение температуры тела до фебрильных цифр. В КБ №1 поступила в истощенном состоянии (потеря до 30кг массы тела) с явлениями декомпенсированной дуоденальной кишечной непроходимости. По данным проведенного дообследования выявлено наличие умереннодифференцированной аденокарциномы нижнегоризонтальной ветви ДПК, осложненной стенозом. В течение 3 недель проводилась консервативная терапия, нутритивная поддержка (энтеральное, парентеральное питание), инфузионная терапия, направленные на коррекцию гомеостаза. Удалось добиться нормализации электролитных показателей крови, однако у пациентки сохранялась гипопропротеинемия (общий белок – 65г/л). Выполнена лапароскопически ассистированная резекция нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, дренирование брюшной полости. Длительность операции составила 6ч. Пациентка выписана на 10 суток после операции. За прошедший период у пациентки нормализовалось естественное питание, отмечается прибавка массы тела. проведен курс химиотерапии. Пациент П., 69 лет. Диагноз: Папиллярная темноклеточная высокодифференцированная аденокарцинома большого дуоденального сосочка Т3N0M0. Механическая желтуха, холецистостома. Хронический гастрит. В июне-июле госпитализирован в экстренном порядке в одну из областных клиник по поводу механической желтухи, была наложена холецистостома, диагностирована аденокарцинома большого дуоденального сосочка. В течение последующего времени неоднократно обращался за медицинской помощью, однако в хирургическом лечении пациенту было отказано. Потерял в массе тела около 20кг. В КБ №1 поступил в плановом порядке, выполнена лапароскопическая гастропанкреатодуоденальная резекция. Холецистэктомия. Санация и дренирование брюшной полости. Длительность операции составила 8ч. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 7 суток после операции. Выводы: 1. Современные хирургические и

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

анестезиологические возможности позволяют использовать принципы «Fast track surgery» в эндовидеохирургии злокачественных опухолей ДПК. 2. Проведение лапароскопической ГПДР оправдано при опухоли БДС ДПК у соматически компенсированных пациентов. 3. Локализация опухоли на расстоянии более чем 1см от БДС, а также наличие выраженных отклонений в гомеостазе, истощении пациентов позволяет в качестве щадящей альтернативы применять экономные «Pancreas-Sparing» лапароскопические резекции ДПК.

244.Значение системы гемостаза при выполнении лапароскопических холецистэктомий

Федоров В.Э.(1), Шмелев С.Н.(1),Ульянова А.В.(2), Седайкин Д.С.(1)

1) Саратов, 2)Москва

1) СГМУ, 2)ЦКБ управления делами президента России

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 факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета на базе железнодорожной больницы 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,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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.

245. Особенности лапароскопической холецистэктомии при наличии подпеченочного инфильтрата.

Погосян А.А. Митюрин М.С., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И., Голик А.Д., Скобло М.Л., Рахманин С.Ю

Ростов-на-Дону

МБУЗ "Городская больница № 6 г. Ростова-на-Дону"

Актуальность темы. За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении острого и хронического холцистита, однако остается настороженное отношение к эндовидеохирургическому лечению деструктивных форм, вследствие наличия подпеченочного инфильтрата, нарушающего топографоанатомические отношения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало. Кроме того, разделение отечных и воспаленных тканей сопровождается интенсивным кровотечением, что также затрудняет проведение эндовидеохирургических операций. Материалы и методы. В хирургическом отделении Городской больницы № 6 за последнее десятилетие выполнено 1035 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) по поводу острого холцистита и его осложнений. Все больные были госпитализированы в стационар в экстренном порядке. Деструктивные формы острого холцистита наблюдались у 406 (39,2%) больных. Среди этих пациентов наличие подпеченочного инфильтрата наблюдалось у 340 человек (83,7%). Деструктивный процесс в желчном пузыре, как правило, сопровождается

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

развитием перивезикального инфильтрата различной степени выраженности - от локализации его исключительно в области шейки до вовлечения в процесс всего желчного пузыря. Наличие инфильтрата затрудняет визуализацию анатомических образований. В этих условиях для диссекции элементов треугольника Кало используем электроотсос и биполярный зажим. Разделение инфильтрата, особенно в области шейки желчного пузыря, с применением монополярной коагуляции крайне опасно и может использоваться только после визуализации и идентификации анатомических структур. Из технических особенностей, используемых нами при работе у больных с перивезикальным инфильтратом, хотелось бы отметить отказ от клипирования пузырного протока и пузырной артерии. Инфильтрированные ткани легко прорезываются клипсами во время операции или в раннем послеоперационном периоде. Это может привести к развитию нежелательных последствий - желчеистечению и кровотечению в брюшную полость. Исходя из этого, мы вначале обрабатываем пузырный проток и артерию в режиме биполярной коагуляции, а после их пересечения на дистальные отделы накладываем по две петли Редера из рассасывающегося шовного материала. Этот способ дает возможность достигнуть надежного пережатия просвета трубчатых структур. В трудных ситуациях - при наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который не удастся разделить тупо, при грубом изменении топографоанатомических отношений элементов печечно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало - выполняем ЛСХЭ в лапароскопической модификации "от дна". При этом желчный пузырь пересекаем в области шейки, выделяем из ложа тело и дно желчного пузыря и удаляем, а затем мобилизуем пузырный проток. В процессе выделения деструктивно-измененного желчного пузыря из печени может возникнуть обильная диффузная кровоточивость. При этом коагуляция малоэффективна и нежелательна. Для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, кроме гемостатических губок, мы используем простой и надежный способ - через расширенный латеральный порт под контролем лапароскопа при помощи корнцанга в брюшную полость вводим марлевую салфетку, которую прижимаем к ложу удаленного желчного пузыря. Экспозиции в течение 5 мин достаточно для остановки кровотечения из наиболее мелких сосудов. Кровотечение из сосудов, оставшихся нетромбированными, легко остановить, применив электрокоагуляцию. Подпеченочное пространство мы дренируем через расширенный латеральный порт. В брюшную полость при помощи корнцанга под контролем лапароскопа вводим полихлорвиниловую трубку и полоску из перчаточной резины, которые при помощи граспера подводим к ложу желчного пузыря. Результаты. Конверсия потребовалась у 37 пациента (3,6%). Основными ее причинами являлись наличие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, ведущего к грубым нарушениям топографоанатомических отношений элементов печечно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало - 21 наблюдение (2,0%); кровотечение, не останавливаемое эндохирургическими методами - у 12 пациентов (1,2 %); повреждения общего желчного протока - у 4 (0,4%) больных. Выводы. Таким образом, на современном этапе развития хирургии ЛСХЭ является операцией выбора при остром холецистите. Наличие подпеченочного инфильтрата не являются противопоказаниями к ЛСХЭ.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

246. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения перфоративных язв желудка и 12 перстной кишки.

Погосян А.А., Митюрин М.С., Григорян Л.М., Голик А.Д., Камчаткина Т.И., Рахманин С.Ю., Скобло М.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ "Городская больница № 6 г. Ростова-на-Дону

Цель работы: анализ результатов лечения больных с перфоративными язвами желудка и 12типерстной кишки в позднем послеоперационном периоде. Материалы и методы. В 2009-2013 годах из хирургического отделения ГБ 6 выписан 71 пациент, оперированный по поводу перфоративной язвы желудка и 12типерстной кишки. Подавляющее большинство были мужчины в возрасте от 16 до 56 лет (78,8%). Общее количество лиц мужского пола составило 63 (88,7%) человека, женщин – 8 (11,2%). У 27 (38,0%) пациентов имела место перфорация дуоденальной язвы, и как правило перфоративная язва располагалась на передней стенке луковицы 12 – типерстной кишки, у 37 (50,7%) пациентов выявлена перфорация язвы передней стенки пилорического отдела желудка; у 7 пациентов (9,8%) перфорировала язва тела желудка. Стандартное «открытое» ушивание перфоративной язвы выполнено 57 пациентам, ушивание перфоративной язвы по Опелю-Поликарпову осуществлено в 4 случаях, в 10 случаях выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Спустя 1 - 3 года после выполнения операции готовность ответить на вопросы и пройти обследование проявили 46 (64,7%) пациентов (в основном это жители Первомайского и Пролетарского районов г. Ростова на Дону). В основу проводимого исследования положен анализ жалоб пациентов, анамнез течения заболевания в течении 1-3 лет после выполнения операции, объем проведенного лечения и обследования в амбулаторных условиях. 2 пациента перенесли желудочное кровотечение в разные сроки после операции ушивания перфоративной язвы и были госпитализированы в другие хирургические стационары г. Ростова на Дону. Повторных хирургических вмешательств у этих пациентов по поводу осложнений язвенной болезни не было. 16 пациентов получили один курс стандартной противоязвенной терапии у гастроэнтеролога в поликлиниках по месту жительства, 8 пациентов - два курса. Несмотря на полученные рекомендации при выписке, 22 пациента после завершения лечения, связанного с операцией, на прием к гастроэнтерологу не приходили и систематического противоязвенного лечения не получали, мотивируя это тем, что чувствуют себя относительно удовлетворительно. Несомненно, в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

этом решающую роль сыграл социальный фактор - высокая стоимость медикаментов для курса противоязвенного лечения. Из числа опрошенных, 20 пациентов предъявляли жалобы на периодические боли в верхних отделах живота, отрыжку, чувство дискомфорта, связанного с приемом пищи; 2 пациента предъявляли жалобы на периодически повторяющиеся рвоты; у 6 пациентов после перенесенной операции сформировалась отчетливая склонность к запорам. У 2 пациентов выявлены послеоперационные вентральные грыжи, причем у одного - в зоне срединного послеоперационного рубца, а у второго - в области контрапертурных разрезов, используемых для дренирования брюшной полости. Согласие на дальнейшее обследование и выполнение фиброгастродуоденоскопии дали 40 пациентов. По итогам выполненных ФГДС получены следующие результаты: - картина эритематозного распространенного гастрита выявлена у 36 пациентов, вне зависимости от того, в каком месте локализовалась перфоративная язва; - у 12 пациентов визуализирован постъязвенный рубец в стадии ремиссии; - у 18 пациентов, оперированных по поводу перфорации язвы 12-ти перстной кишки выявлена, в той или иной степени выраженности, рубцовая деформация луковицы ДПК; - у 6 пациентов выявлен рецидив язвы, причем размеры язвенного дефекта достигали 1,5 см в диаметре, язвы локализовались на задней стенке луковице 12-ти перстной кишки; - у 34 пациентов из группы пациентов с эритематозным гастритом, выявлена колонизация слизистой оболочки антрального отдела желудка бактерией *H. pylori*; - у 21 пациента с подтвержденной язвой луковицы 12 перстной кишки, тест на наличие обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка бактерией *H. pylori*, оказался положительным. Выводы. 1. Рецидив язвы после экстренной операции по поводу перфорации встречается достаточно часто. 2. Все пациенты перенесшие операцию по поводу перфоративной язвы подлежат диспансерному наблюдению у хирурга и гастроэнтеролога в поликлинике в течение 3 лет после выполнения операции.

247.К вопросу о постановке диагноза «перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки».

Погосян А.А., Митюрин М.С., Голик А.Д., Григорян Л.М., Скобло М.А., Рахманин С.Ю. Камчаткина Т.И.

Ростов-на-Дону

МБУЗ " Городская больница № 6 г. Ростов-на-Дону"

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Цель работы: анализ имеющихся возможностей в правильной постановке диагноза у больных с перфорацией язвы желудка и 12типерстной кишки

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем медицины. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы. Одним из грозных осложнений язвенной болезни является перфорация язвы, частота которой по данным различных авторов составляет 4-30%. В настоящее время на долю перфорации язв желудка и ДПК приходится 0,1% среди хирургических заболеваний, а при острой хирургической патологии органов брюшной полости она составляет 1,9-2,6%. Летальность при перфорации язв остается высокой и составляет 5-15%. Материалы и методы. В 2009-2013гг в хирургическом отделении Гб № 6 в порядке скорой помощи получали лечение 77 пациентов с диагнозом: перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки. Пациентов в возрасте от 16 до 56 лет было 56 человек (72,7%). Мужчин – 68 человек (88,3%), женщин – 9 (11,6%). У 27 пациентов (35,0%) имела место перфорация дуоденальной язвы, у 41 (53,2%) - перфорация язвы пилорического отдела желудка, у 9 (11,6%) - перфорация язвы тела желудка. 14 пациентов поступили в стационар в сроки до 6 часов с момента прободения, до 12 часов – 52 пациента, позднее 12 часов – 11 пациентов. Умерло 6 (7,8%) человек. Основной причиной смерти был разлитой гнойный дооперационный перитонит. При установлении диагноза после осмотра пациента, объективного исследования, выполнения лабораторных исследований, выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, которое позволяло выявить наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве и правых боковых отделах живота у 53 (68,8%) больных; и обязательное рентгенологическое исследование. В зависимости от тяжести общего состояния это был или обзорный снимок брюшной полости в положении пациента стоя или снимок брюшной полости в положении пациента лежа на боку. При оценке результатов рентгенологического исследования обращает на себя внимание, что только у 56 (72,7 %) больных рентгенологическая картина позволяла сразу установить диагноз перфорации полого органа, вследствие наличия свободного воздуха в брюшной полости. У 21 (27,3%) больных признаки пневмоперитонеума при выполнении рентгенологического исследования не обнаружены. 8 (10,3%) пациентам на этапе обследования выполнена фиброгастродуоденоскопия, после выполнения которой на повторном рентгенологическом исследовании обнаружены характерные рентгенологические признаки. 13 (16,8%) пациентам для уточнения диагноза была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой были выявлены признаки перфорации язвы – наличие наложений фибрина и выпота в подпеченочном пространстве и по правому флангу брюшной полости. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, не позднее 2 часов с момента поступления в стационар. 67 (77,1%) пациентам выполнена традиционная операция – лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия по одной из традиционных методик с санацией и дренированием брюшной полости, а 10 (12,9%) пациентам удалось выполнить лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Основанием для выполнения видеолaparоскопической операции были малые сроки с момента наступления прободения и отсутствие картины

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

разлитого гнойного перитонита. Суть операции состояла в том, что накладывались сквозные интракорпоральные швы рассасывающейся атравматической нитью (викрил, полисорб, дексон). Линия швов укреплялась прядью большого сальника. Осуществлялась санация брюшной полости, устанавливались дренажи к зоне ушивания и в малый таз. Все пациенты перенесшие видеолaparоскопическую операцию поправились, осложнений в этой группе пациентов не отмечалось. Выводы: последовательное применение дополнительных диагностических методов намного увеличивает объем информации о патологическом процессе, помогает в правильном установлении диагноза и позволяет своевременно оказывать помощь пациентам, в том числе выполнять видеолaparоскопические вмешательства при прободных гастродуоденальных язвах.

248. Опыт эндоскопического лигирования ВРВП у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением, в хирургическом межрайцентре

Шмелев С.Н., Шапкин Ю.Г., Федоров В.Э., Урядов С.Е.

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет

Лечение больных портальной гипертензией, осложнившейся кровотечением, является одной из актуальных и нерешенных проблем медицины. Временный гемостаз при продолжающемся кровотечении из ВРВП достигается постановкой зонда-обтуратора. Остановка кровотечения с помощью эндоскопических методик весьма трудоемка, малоэффективна, а порой и опасна из-за плохой визуализации источника кровотечения. За период с 2008 по 2013 год эндоскопическое лигирование ВРВП выполнено 128 больным. С активным или состоявшимся кровотечением из ВРВП в клинику поступило 64 больных, из которых 58 (90,6%) пациентам выполнено их эндоскопическое лигирование. У 6 (9,4%) больных с декомпенсированным циррозом печени гемостаз достигнут постановкой зонда-обтуратора, им лигирование не выполнялось из-за тяжести состояния. 70 (54,7%) больным эндоскопическое лигирование ВРВП выполнялось с целью первичной профилактики кровотечения из вен. Эндоскопический контроль осуществляли через 14 дней и 30 дней после вмешательства. При необходимости выполняли дополнительное лигирование. Контрольные осмотры через 6, 12, 24 месяца после вмешательства проводились у 49 больных. Рецидив кровотечения через 5

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

месяцев после лигирования отмечен у 1 (2,0%) больного с декомпенсированным циррозом класса С, а на протяжении второго года после лигирования – у 2 (4,1%) 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.

249. РОЛЬ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА И АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА

Вахлюева О.Г., Липатова Т.Е., Федоров В.Э

Саратов

Саратовский государственный университет им. В.И. Разумовского, Россия

Материал и методы. Обследованы 67 пациентов с пищеводом Барретта (ПБ) и 43 пациентов с аденокарциномой пищевода (АКП). Группу сравнения составили 30 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ (класс А-В). Все больным бралась биопсия пищевода. Для гистологических исследований применяли окраску гематоксилин-эозином. Иммуногистохимическое изучение клеток диффузной эндокринной системы проводили в биоптатах слизистой оболочки пищевода вне эпителия Барретта или опухоли. Результаты. ПБ клинически проявляется уменьшением эндоскопических симптомов гастроэзофагеального рефлюкса, а в 19,4% случаев протекает бессимптомно, развивается у пациентов с часто (два и более раз в год) рецидивирующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в течение 5 лет и более. ПБ формируется на фоне длительного закисления дистального отдела пищевода, дуоденогастро-эзофагеального рефлюкса (74,6%) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (67,1%), сочетается с рефлюкс-эзофагитом преимущественно степени «С»-«D» (65,6%) и стриктурой пищевода (16,4%). Для АКП типично вертикальное распространение через стенку пищевода, по гистологическому строению преобладают высоко и умеренно дифференцированные формы рака. Среди обследованных больных – 8 (18,6%) пациентов с начальными стадиями заболевания T1-2N0M0, 35 (81,4%) - с метастатическими стадиями АКП T3-4N2M1. В большинстве случаев (86%) в биоптатах, смежных с опухолевой тканью, выявлена дисплазия эпителия Барретта. АКП характеризуется увеличением площади экспрессии маркера Ki-67 и антиапоптозного фактора bcl-2 по сравнению со значениями при ГЭРБ и ПБ. Указанные

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

изменения усугубляются по мере опухолевой прогрессии и метастазирования опухоли. Выводы. Дифференциальная диагностика пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода может быть достигнута не только на основании клинико-эндоскопических и морфологических критериев, но и с учетом результатов иммуногистохимического исследования клеток пищевода, продуцирующих синтазу оксида азота и эндотелин-1.

250. ВОССТАНОВЛЕНИЕ УГЛА ГИСА ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

Журбенко Г.А., Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.

г. Брест

УЗ «Брестская областная больница», Республика Беларусь.

АКТУАЛЬНОСТЬ: В хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) наибольшее распространение получили лапароскопические фундопликации по Nissen и Toupet, а также их модификации floppy-Nissen и Fekete-Toupet. Успешные результаты их выполнения получены у 85-95% прооперированных. Осложнения в виде дисфагии, рецидива рефлюкса могут быть связаны с тем, что повышение давления в просвете пищевода при использовании этих методик достигается за счёт формирования фундопликационной манжеты, без возможности осуществления дозированной компрессии на пищевод. В противопоставление указанным вариантам фундопликаций, операции восстанавливающие острый угол Гиса (ОУГ) повышают давление в просвете пищевода за счёт формирования анатомических антирефлюксных механизмов зоны пищеводно-желудочного перехода, повреждающихся при наличии ГПОД. Использование операций, формирующих ОУГ может снизить количество послеоперационных осложнений, в частности таких грозных, как дисфагия. **ЦЕЛЬ:** Оценить результаты хирургического лечения ГПОД с использованием лапароскопической фундопликации и антирефлюксной операции, восстанавливающей ОУГ. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** С 2008 по 2013 годы было выполнено 120 операции по поводу ГЭРБ на фоне ГПОД. По возрасту: 31 мужчина (26%) и 89 женщин (74%). 115 (96%) пациентам вмешательство выполнено лапароскопически. Из них у 54(45%) использовалась парциальная фундопликация по Тупе (группа I), а 61(55%) пациенту выполнено антирефлюксное вмешательство по восстановлению ОУГ

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

(группа II) – лапароскопическая клапанная эзофагофундопликация (ЛКЭ). Антрефлюксный эффект операции заключается в воссоздании ОУГ за счёт абдоминализации пищевода, восстановления дна и газового пузыря желудка. Причём ОУГ из дна желудка формируется как по задней, так и по левой боковой стенкам абдоминального отдела пищевода. Результаты хирургического лечения оценивались на основании использования анкет-опросников GERD-Q и GERD-HRQL и суточной рН-метрии. РЕЗУЛЬТАТЫ: Использование анкет-опросников в раннем послеоперационном периоде показало сравнимую эффективность обеих оцениваемых методик хирургического лечения ГПОД. Так были удовлетворены результатом операции со снижением суммы баллов ниже «8» (GERD-Q) и ниже «20» (GERD-HRQL) 51 (94,5%) пациент I группы и 56 (92%) пациентов II-й. Причиной ранних осложнений у 3 пациентов I группы и у 4 из 5 пациентов II группы явилась дисфагия I-II степени. У одной пациентки II группы после операции развился стойкий газ-блотинг симптом, что отразилось на качестве жизни в отдалённом послеоперационном периоде. Эффективность операций в сроки от 1 до 1,5 лет была оценена у 26 пациентов I группы и 35 пациентов – II-й. В I группе из 8, «не удовлетворенных» результатами оперативного лечения у 5 пациентов был констатирован рецидив заболевания. Рецидив был подтверждён суточной рН-метрией. Показатель De Meester составил от 16,57 до 44,65. Двум из пяти была выполнена повторная лапароскопическая антирефлюксная операция. У остальных 3 пациентов был диагностирован газ-блотинг симптом. 7 пациентов I группы оценили своё самочувствие «нейтрально» за счёт периодически-появляющихся болей в животе, вздутия после еды и необходимости проведения периодической консервативной терапии. Во II группе были «не удовлетворены» операцией 2 пациента: из-за рецидива и газ-блотинг синдрома. «Нейтрально» качество жизни оценили 8 пациентов. 3 из них ощущали периодическую изжогу. 5 пациентов испытывали боли и вздутие в эпигастрии. 5 пациентам группы II, которые оценили свое самочувствие и качество жизни «нейтрально» была выполнена суточная рН-метрия. Интегральный показатель De Meester у них колебался с 4,31 до 8,85, что указало на отсутствие патологического рефлюкса. ВЫВОДЫ: Таким образом оценка результатов хирургического лечения ГЭРБ на фоне ГПОД с использованием предложенной операции показала эффективность лапароскопических антирефлюксных вмешательств, восстанавливающих ОУГ. Эти операции являются анатомически обоснованными, исключают риск развития дисфагии в послеоперационном периоде что предполагает их более широкое использование в лечении ГЭРБ на фоне ГПОД.

251. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДИАГНОСТИКЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Журбенко Г.А., Карпицкий А.С., Панько С.В., Боуфалик Р.И., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.

г. Брест

УЗ «Брестская областная больница», Республика Беларусь.

АКТУАЛЬНОСТЬ: Диагностика скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы (сГПОД) всегда связана с диагностикой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ). Однако одни и те же инструментальные методики применительно к вышеперечисленным заболеваниям обладают различной диагностической ценностью. Так, наиболее чувствительным тестом в выявлении патологического гастроэзофагеального рефлюкса (88-95%) является суточная рН-метрия. В диагностике РЭ и эрозивной формы ГЭРБ наибольшее значение принадлежит эндоскопии. Чувствительность полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка (ППЖ) с сульфатом бария в визуализации сГПОД составляет 70% и зависит от размеров грыжи, т.е. степени мобильности пищеводно-желудочного перехода (ПЖП). Следует отметить, что в норме положение ПЖП не статично и изменяется по отношению к пищеводному отверстию диафрагмы (ПОД) при дыхании и акте глотания в диапазоне до 2 см. Отсюда трудности в рентген-диагностике кардиальных сГПОД со смещением в средостение ПЖП по отношению к ПОД в диапазоне ≥ 2 см. Для улучшения диагностики ГЭРБ на фоне сГПОД необходимо учитывать не только степень смещения ПЖП в средостение, но и уровень снижения давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера (НПС). **ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** Разработать метод диагностики сГПОД путём выполнения рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки (РКТ ОГК) с зондом Блэкмора (ЗБ). **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** 20 пациентам с подозрением на сГПОД выполнено РКТ ОГК со стандартно-установленным в пищевод и желудок зондом Блэкмора. Баллоны перед РКТ-исследованием раздувались нами одинаковым объёмом воздуха: желудочный – 60 мл кубических, пищеводный – 40 мл кубических. Методика исследования заключается в подтягивании зонда с раздутым желудочным баллоном краниально до его самофиксации с последующим раздуванием пищеводного баллона и выполнении стандартного РКТ ОГК. На зонде после подтягивания и самофиксации ставится метка по уровню резцов зубов пациента. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Диагностическими критериями, указывающими на наличие сГПОД при проведении исследования были приняты следующие: } Расстояние от резцов зубов пациента до верхней части желудочного баллона менее 37 см; } Фиксация верхней части желудочного баллона на уровне ножек диафрагмы или выше их с отсутствием абдоминальной позиции пищевода и диастаз ножек более 20 мм; } Наличие медиастинальной ампулы и кольца А в верхней её части с диаметром пищеводного баллона в ней более 26 мм; } Несоответствие диаметров пищеводного баллона и просвета желудка в медиастинальной ампуле с наличием между ними воздушной прослойки. Из 20 пациентов сГПОД была диагностирована у 18. Основаниями для постановки диагноза были фиксация желудочного баллона на уровне расширенных ножек ПОД у 15

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациентов. У 3 пациентов желудочный баллон зафиксировался на уровне ПЖП в средостении, что указывало на размер диастаза ножек ПОД больше диаметра желудочного баллона (55 мм). Расстояние от верхней части желудочного баллона до метки на зонде Блэкмора у 15 указанных выше пациентов составило 35-38 см., у 3 пациентов с медиастинальной фиксацией желудочного баллона это расстояние составило 15, 19 и 25 см. соответственно. Диаметр пищевода баллона в медиастинальной ампуле у всех пациентов со сГПОД был от 27 до 32 мм. Причём у 11 пациентов между пищеводным баллоном и просветом желудка, на уровне грыжи ПОД радиально определялась воздушная прослойка 3-7 мм. толщиной. Длина медиастинальной ампулы у пациентов со сГПОД составила от 17 до 35 мм. У двух пациентов диагноз сГПОД был исключён на основании наличия абдоминальной позиции пищевода. Диаметр пищевода баллона в наддиафрагмальной части у этих пациентов составил 25 и 26 мм. с плотным его прилеганием к стенкам пищевода. **ВЫВОДЫ:** Предлагаемый метод диагностики обладает высокой информативностью в выявлении сГПОД благодаря не только определению смещения ПЖП и части желудка в средостение, но и возможности судить о степени снижения давления на уровне НПС.

252. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Соловьёв В.Ю., Богомолов Н.И., Жилин И.В., Бородин А.И.

Чита, Россия

ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края, ГБОУ ВПО ЧГМА Минздрава РФ

За одиннадцать лет (2004-2014 гг.) в отделении торакальной хирургии ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края выполнено 1143 лапароскопических и 60 открытых эзофагофундопликаций при грыжах пищевода отверстия диафрагмы. Мужчин было 482, женщин – 721 в возрасте от 26 до 77 лет. Диагноз установлен на основании клиники, данных инструментальных средств визуализации, показанием к операции служила и безуспешность консервативных методов лечения. Объём дооперационного обследования соответствовал стандартам и современным национальным клиническим рекомендациям. У 463 (38,49%) пациентов выполнены симультанные операции: у 389 – холецистэктомия, у 39 - пластика грыжевых ворот брюшной стенки, у 15 – ваготомия, у 10 - кистэктомия печени, у 9 – осуществлено удаление лейомиомы абдоминального отдела пищевода и у 1 – ушивание обнаруженного при лапароскопии громадного дефекта диафрагмы вследствие застарелой травмы. Послеоперационные

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

осложнения зафиксированы у 3(0,25%) больных: по одному случаю инфильтрат брюшной стенки, поддиафрагмальный абсцесс и повреждение аорты. Умерло 2(0,17%) человека, причина смерти в одном случае инфаркт миокарда, во втором – смертельное кровотечение из поврежденной аорты. Рецидив грыжи зафиксирован в 7 (0,58%) случаях, пятеро успешно оперированы повторно лапароскопическим способом, двое от операции отказались. Заключение. При открытых пособиях оправдана методика Ниссена. При лапароскопических технологиях на начальном этапе применяли фундопликацию по Ниссену (у 98 человек), больные длительное время жаловались на дисфагию. В дальнейшем стали применять фундопликацию по Touret на 270°, результаты удовлетворяют пациентов и хирургов. Крурорафию 2-4 швами применяем при расширенном пищеводном отверстии диафрагмы. Считаем возможным внести в национальные клинические рекомендации применение ранних эндовидеохирургических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, рекомендовать гастроэнтерологам своевременно направлять пациентов к хирургам.

253.Методика ведения больных с острым холециститом и механической желтухи.

Иманалиев М.Р.Пахрудинов Р.М.Облов С.Ю.Дадашев М.Т.

р. Дагестанг. Махачкала

ГБУ РБ №2 ЦСЭМП. г. Махачкала

Актуальность Лечение больных с острым холециститом и механической желтухой пожилого и старческого возраста остается актуальной проблемой. В последние годы наблюдается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в отделения неотложной хирургии по поводу механической желтухи, острого холецистита наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и снижение резервных возможностей организма значительно усложняет выбор тактики и послеоперационные ведения этих больных. Основной причиной развития острого холецистита является желчнокаменная болезнь. Несмотря на широкое внедрение малоинвазивных технологий, позволивших значительно повысить оперативную активность при желчнокаменной болезни, число несанированных пациентов остается весьма высоким. Цель: изучить результаты лечения больных острым холциститом, механической желтухи высоким операционно-анестезиологическим риском. Материал и методы. Современные принципы хирургического лечения острого холецистита,

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

механической желтухи включают обязательное проведение билиарной декомпрессии в предоперационном периоде. Исследование основано на сравнительном анализе непосредственных результатов лечения больных острым холециститом, механической желтухой высоким операционно-анестезиологическим риском, госпитализированных в клинику 2014 г. За это время из госпитализированных больных выбрана группа пациентов (103) с острым холециститом, и механической желтухой. У 23 (23,5%) из них определена IV-V степень операционно-анестезиологического риска. Критериями отбора, наряду с преклонным возрастом, явились характер сопутствующего заболевания, которая, несмотря на постоянную медикаментозную коррекцию, оставалась субкомпенсированной. Первой группе (40,8%) в лечении пациентов широко применялись пункционные вмешательства под УЗИ- контролем, у остальных (60,2 %) больных выполнялось дренирование желчного пузыря под УЗИ- контролем. Пункцию желчного пузыря осуществляли в первые сутки после поступления пациента в стационар. Из всех больных пациенты до 24 часов с момента начала заболевания госпитализированы 21,3 % больных. Основная масса заболевших пациентов (69,3%) поступила в стационар в пределах 24 - 72 часов от начала заболевания 10,3% больных доставлены в приемное отделение после 72 часов. При механических желтухах уровень билирубина уменьшается после 24 часов. Операции чрескожные вмешательства у больных с острым холециститом и механической желтухой проводили, используя ультразвуковые аппараты, Для выполнения чрескожных вмешательств, применяли иглы «Cook №18». После пункции желчного пузыря выполнялась аспирация содержимого промывается растворами антибиотиков или антисептиков (фурацилина 1: 5000). При необходимости пункции желчного пузыря осуществлялись повторно. Результаты и обсуждение. Полученные результаты показали, что разработанные тактические подход к лечению данной группы больных, в отличии от традиционного тактического подхода, уменьшается объем лекарственных средств, реабилитационный период. Укорачивается период подготовки больного к «открытой» операции. Заключение. Таким образом, пациентам пожилого и старческого возраста с механической желтухой, вызванной калькулезным холециститом, холедохолитиазом показано ранее (в ближайшие 1 – 2 суток) выполнение малоинвазивных хирургических вмешательств, направленных на восстановление пассажа желчи.

254.Методика дифференциальной диагностики механической желтухи.

Магомедов М.М.Пахрудинов Р.М.Дадашев М.Т.

р. Дагестан г. Махачкала

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Актуальность В последние годы наблюдается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в отделения неотложной хирургии по поводу механической желтухи наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и снижение резервных возможностей организма значительно усложняет выбор тактики и послеоперационные ведения этих больных. У 35-40% больных затруднена дифференциальная диагностика. Цель: изучить роль и значение определения уровня содержания онкомаркеров в желчи при механической желтухи различной этиологии. Материал и методы. Современные принципы хирургического лечения механической желтухи включают обязательное проведение билиарной декомпрессии в предоперационном периоде. Измерение уровней опухолевых маркеров широко используется в диагностике, лечении и при наблюдении за состоянием онкологических больных. Однако, в повседневной практике не проводилась исследования уровня онкомаркеров в желчи. исследовалась протоковая желчь и сыворотка крови на уровень содержания онкомаркеров у 12 пациентов в возрасте от 68 до 86 лет (средний возраст – 69,3 года) при злокачественных новообразованиях гепатопанкреатодуоденальной зоны. Для контроля исследовалась протоковая желчь и сыворотка крови на уровень содержания онкомаркеров (6 больных) после плановой холецистэктомии с дренированием холедоха через культю пузырного протока при отсутствии онкологических заболеваний. С помощью электрохемилюминисцентного анализатора определяли содержание онкомаркеров: альфа-фетопроtein (альфа-ФП), раково-эмбриональный антиген (РЭА), СА 19-9. С учетом более высокой вязкости желчи – предварительно ее разводили физиологическим раствором. Результаты и обсуждение. Полученные результаты показали, что наиболее чувствительным онкомаркером при злокачественных новообразованиях в гепатодуоденальной зоне оказался СА 19-9, содержание которого в желчи при сравнении с уровнем содержания в крови был в 150 раз больше. При цитологическом исследовании желчи – клеток злокачественного роста выявлено у одного больного при морфологическом исследовании опухоли диагностирована аденокарцинома различной степени дифференцировки. В контрольной группе уровень онкомаркеров крови и желчи не превышал допустимые нормы, используемые при исследовании сыворотки (РЭА – норма 0-5 нг/мл, альфа-ФП – норма 0-10 МЕ/мл, СА – 19-9 – норма 0-37 ед./мл) Заключение. Таким образом, предложенный способ диагностики механической желтухи позволяет дифференцировать механическую желтухи опухолевого и неопухолевого генеза по уровню содержания онкомаркеров СА 19-9 в желчи.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

255.Обоснование применения различных методов оперативного лечения больных механической желтухой пожилого и старческого возраста.

Магомедов М.М.Пахрудинов Р.М. Дадашев М.Т.

г. Махачкала

Дагестанская Государственная медицинская академия

Актуальность В последние годы наблюдается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в отделение неотложной хирургии по поводу механической желтухи. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и снижение резервных возможностей организма значительно усложняют выбор хирургической тактики и послеоперационного ведения этих пациентов. Клиническая картина свидетельствует, что даже после ликвидации препятствия для оттока желчи уровень билирубина в крови снижается крайне медленно. Вместе с тем, наличие гипербилирубинемии дополнительно вызывает эндогенную интоксикацию, в результате которой утяжеляется состояние больных, возникает общая слабость, энцефалопатия, нарушается свертывание крови. Под нашим наблюдением находилось 80 больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой, вызванной желчно-каменной болезнью. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – лечившиеся с традиционным методом (40 – 50,0%); 2 – лечившиеся с разработанным нами тактики (40 – 50,0%). Разработанная тактика отличалась от традиционной тем, что хирургические вмешательства выполняли в ближайшие 1-2 суток после госпитализации, 3 – применяли малоинвазивные технологии хирургического лечения; 4 – у наиболее тяжелых пациентов хирургические операции выполняли в 2 – 3 этапа с промежутками в 5-8 использовали различные комбинации малоинвазивных вмешательств или сочетание малоинвазивных и традиционных хирургических операций. Открытые хирургические вмешательства выполняли только при деструктивных формах острого холецистита с распространенным перитонитом или при наличии противопоказаний к проведению операции лапароскопическим способом. В послеоперационном периоде для более быстрого снижения уровня билирубина крови осуществляли внутривенные введения Реамберина 400 два раза в сутки, Гептрала по 400 мг 1 раз в сутки и цитофловин 10 мл в/в на 200 мл 5% раствора глюкозы. Результаты. Разработанного тактического подхода к лечению данной группы больных, уровень общего билирубина крови, равный по величине до операции при традиционном тактическом подходе, к моменту выписки пациентов из стационара (на 14 сутки после операции) снизился до нормальных значений (19,0 – 0,18 мкмоль/л). Желтушность кожных покровов имело место у всех пациентов. Послеоперационные осложнения возникли у 30% больных, послеоперационная летальность составила 15%. Заключение. Таким образом, пациентам пожилого и старческого возраста с механической желтухой, вызванной калькулезным холециститом показано ранее (в ближайшие 1 – 2 суток) выполнение малоинвазивных хирургических вмешательств, направленных на восстановление пассажа желчи, а в послеоперационном периоде необходимо осуществлять внутривенные

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

введения Реамберина, Гептрала и Цитофлавина более быстрого снижения уровня билирубина крови. Средний возраст больных составляет 68,3±8,9. Мужчин было – 39 (48,7%), женщин – 41 (51,3%)

256. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ ЭНДОСТЕНТОВ ПИЩЕВОДА.

Мазурин В.С, Прищепо М.И, Кригер П.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф Владимирского

Цель работы: анализ результатов стентирования пищевода. Материалы и методы: Анализированы результаты стентирования 25 больных, из них мужчин было 13, женщин- 12. Средний возраст составил 56 года. У 20 больных стентирование проводилось по поводу опухолевого сужения пищевода: в 3 случаях имел место рецидив рака после гастрэктомии, в 3-х - после проксимальной резекции желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода; в 7-и - стенозирующий рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, в 6-ти - рак нижнегрудного и 1- верхнегрудного отдела пищевода. У 4-х пациентов стентирование проводилось для временного закрытия дефектов пищевода различного генеза, у 1 при пептической стриктуре эзофагоэнтеро анастомоза (гастрэктомия 7 лет назад) после многократного неэффективного бужирования. У первых 10 больных мы применяли стенты корейского производства с покрытием, 18x160 мм (HANAROSTENT), в дальнейшем использовали стенты Чешского изготовителя 20x150 мм (SX-Ella). Преимуществами данных стентов мы считаем большую жесткость и диаметр, которые обеспечивали стабильное положение стента в связи с наличием в данной конструкции надежного антимиграционного механизма. При стентировании нижней трети пищевода использовали стенты с антирефлюксным клапаном (4 случая). Установку стента во всех случаях производили под рентгенологическим и эндоскопическим контролем в условиях рентгеновского кабинета. Технических сложностей при установке стентов не возникло ни в одном случае, даже при отсутствии видимого просвета. У 9 больных струна проводилась «вслепую», поскольку зона сужения была непроходима для эндоскопа. Для осуществления стентирования 4-м из них производилось предварительное бужирование сужения до диаметра 8 мм. В остальных случаях эндоскоп удавалось провести за зону сужения, иногда со значительным усилием. Результаты: В 22 случаях стентирования опухолевых сужений пищевода достигнут хороший эффект, дисфагия

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

разрешилась. У 1 больной на фоне химиотерапии развилось кровотечение из опухоли желудка из под стента, которое удалось купировать консервативно. В 4-х случаях наблюдалась миграция стента в желудок. Во всех случаях выполнялась репозиция эндостента с хорошим эффектом. При дефектах пищевода во всех случаях удалось достичь адекватной герметизации стенки. У 1 больного отмечалась неоднократная миграция стента, в результате чего была произведена рестентирование с заменой на стент SX-Ella. У одного больного при стенировании пищевода в средней его трети в массиве опухоли, растущей в левый главный бронх произошла перфорация опухоли с развитием медиастинита и эмпиемы плевры справа. Стент пришлось удалить, выполнена лапаротомия, перевязка абдоминального отдела пищевода ниже дефекта, гастростомия, дренирование правой плевральной полости. Воспалительные явления купировались. Еще у 1 больного произошла перфорация пищевода по нижнему краю стента (рак верхнегрудного отдела пищевода). Стент удален, выполнена гастростомия, торакотомия справа, санация и дренирование плевральной полости. Больной выписан. В 1 случае дистальный конец стента открылся в массиве опухоли, провести его за зону сужения не удалось, стент извлечен, больная умерла на фоне раковой интоксикации. Выводы: Применение пищеводных эндостентов без сомнения является альтернативным паллиативным способом лечения заболеваний пищевода различного генеза, в том числе и его повреждений. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

257.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ ГАСТРОСТОМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Мазурин В.С, Прищепо М.И, Кригер П.А

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф Владимирского

Цель исследования: анализ результатов пункционной гастростомии. Материалы и методы: Анализированы результаты эндоскопической гастростомии у 14 больных, из них мужчин было 8, женщин- 6. Средний возраст составил 64 года. У 8 больных гастростомия выполнялась при бульбарных нарушениях глотания; в 2 случаях при стенозирующем раке пищевода, гортаноглотки; в 3-х при нисходящем гнойном медиастините у больных на продленной ИВЛ и в 1-м у больного со сформированным трахеопищеводным свищем. Во всех случаях применялась система PEG-24 PULL-I-S фирмы COOK. Проведение гастростомы осуществляли по

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

рекомендованной изготовителем методике. Компрессию силиконовым уплотнителем сохраняли 3-5 дней. Питание больных через гастростому начинали со 2 суток после операции. Операцию выполняли в условиях реанимационного отделения (9) или операционной (5) под местной анестезией, а в 4-х случаях с внутривенной седацией. Результаты: всего внутрибрюшных осложнений было 2 (14%). Интраоперационных осложнений непосредственно при установке гастростомы не возникло ни в одном случае. У 4-х больных с избыточным питанием успешно выполнить пункцию желудочной стенки удалось со 2-3 попытки, поскольку игла попадала в паренхиму печени. В 1 случае на 5-е сутки развилась картина разлитого перитонита. При лапаротомии выявлено, что гастростомическая трубка проходила через край печени, дистальный ее конец с манжетой мигрировал под левую долю печени сквозь стенку желудка, причем дефект стенки желудка полностью закрылся. Сформирована гастростома по Кадеру, цикл санационных релапаротомий, явления перитонита купировались. Еще в 1 случае компрессию гастростомы уменьшили на 2-е сутки, картина перитонита развилась на 4-е сутки от гастростомии. На операции выявлено неплотное прилегание стенки желудка к передней брюшной стенке в зоне гастростомы. Произведена реконструкция гастростомы по Кадеру. В 3-х случаях отмечалось появление небольшого кожного пролежня под кольцом-уплотнителем. После уменьшения компрессии дефекты кожи закрылись. В 1 случае у пациента с трахеопищеводным свищем, на фоне длительной компрессии отмечена миграция гастростомической трубки под слизистую желудка, а затем под апоневроз с полным самостоятельным закрытием дефекта стенки желудка. В этом случае, учитывая закрытие свища, гастростома была удалена. После восстановления глотания гастростомы удалены 4-м больным в сроки 2-4 месяца после установки. Дефект от гастростомической трубки закрывался самостоятельно за 2-6 дней. Выводы: Пункционная гастростомия под ЭГДС - контролем является хорошей альтернативой традиционной операции у больных с дисфагией, при условии сохраняющейся проходимости пищевода для эндоскопа. Для снижения вероятности осложнений целесообразно выполнять УЗ-разметку нижнего края печени на брюшной стенке непосредственно перед операцией и сохранять компрессию гастростомы не менее 5 дней, с последующим уменьшением давления уплотнителя.

258.ВОЗМОЖНОСТИ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ПРИ СПОНТАННОМ РАЗРЫВЕ ПИЩЕВОДА

Мазурин В.С, Прищепо М.И, Кригер П.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Цель работы: определить возможности эзофагагастродуоденоскопии (ЭГДС) при спонтанном разрыве пищевода (СРП) Материалы и методы: За последние 6 лет в клинике пролечены 15 пациентов с СРП. Все больные переведены в МОНИКИ не в первые сутки от начала заболевания. Диагноз СРП устанавливался после развития гидропневмоторакса слева и дренирования плевральной полости. При поступлении в МОНИКИ во всех случаях больным выполнялось рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом и ЭГДС. ЭГДС всем больным выполнялась при наличии пассивного дренирования плевральной полости через 2-х баночную систему Боброва. Задачами ЭГДС при СРП являлась оценка протяженности разрыва и его локализация, особенно расстояние от нижнего края разрыва до пищеводно-желудочного перехода. Данное расстояние определяет возможность ушивания СРП и проведение фундопликации из лапаротомного доступа; При ЭГДС также оценивали состояние желудка и пилородуоденальной зоны, так как наблюдается частое сочетание СРП с язвенным стенозом. Кроме того, на фоне системного воспаления наблюдаются перфорации острых язв желудка и ДПК, кровотечения из острых язв. Выявленная сочетанная патология определяет тактику лечения пациента. Результаты: Разрыв пищевода выявлен у всех больных, во всех случаях протяженность разрыва по ЭГДС была несколько меньше, чем определялась визуально на операции. Пилородуоденальный стеноз выявлен у 3 больных. Язва ДПК с перфорацией выявлена у 2 больных, еще у 1 продолжающееся язвенное кровотечение. Осложнений при проведении ЭГДС, в том числе, связанных с инсуфляцией воздуха, не было. Заключение: ЭГДС при СРП является высокоинформативным методом предоперационной диагностики. При адекватно дренированной плевральной полости ЭГДС не вызывает осложнений, связанных с инсуфляцией воздуха, в тоже время, сброс воздуха через разрыв не позволяет достоверно оценить истинную протяженность дефекта. Наиболее важным для выбора тактики лечения и хирургического доступа является оценка расстояния от нижнего полюса разрыва до пищеводно-желудочного перехода и оценка состояния желудка и ДПК.

259. Оценка параметров операционного стресса после лапароскопических и открытых резекций печени.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Панченков Д.Н.(1,2) Алексанян Г.Б.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Астахов Д.А.(1,2), Ахматова Н.К.(3), Ефанов М.Г.(4), Алиханов Р.Б.(4), Казаков И.В.(4),

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

В последние годы в мире значительно возросло использование лапароскопического доступа при выполнении резекций печени различного объема. Многочисленные клинические исследования наглядно продемонстрировали значительное снижение послеоперационной боли, интраоперационной кровопотери, пребывания в стационаре и периода реабилитации. Иммунологический статус является достоверным показателем выраженности операционного стресса при сравнении резекций печени, выполняемых лапароскопическим и традиционным "открытым" доступом. Кроме того, иммунные реакции после резекций печени могут иметь решающее значение в патогенезе послеоперационных осложнений и потенциальной долгосрочной выживаемости. Целью нашего исследования является сравнение иммунологического статуса после открытых и лапароскопических резекций печени. Материалы и методы. Исследование включает экспериментальную и клиническую составляющую. Экспериментальное исследование включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. Эксперимент содержит две группы: основная: лапароскопические резекции печени, контрольная группа: открытые резекции печени. В предоперационном периоде, выполнялся забор крови из вены ушной раковины по 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки, для сравнения показателей метаболизма иммунологического статуса (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, пролиферативная, цитотоксическая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией (Золетил, Вентраквил в рекомендованных дозах). В контрольной группе после подготовки операционного поля в положении на спине выполнялся доступ косым разрезом передней брюшной стенки по срединной линии, затем параллельно правой реберной дуге. Гемостаз осуществлялся при помощи биполярной коагуляции. В основной группе выполнялись лапароскопические резекции печени с использованием трех операционных троакаров, при этом для рассечения паренхимы применяли 5 мм инструмент Liga Sure. 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. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Результаты. Согласно полученным данным, при сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных: фагоцитарная активность сохранилась практически

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде (нейтрофилы до 35%, моноциты до 50%). Цитотоксическая активность мононуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к НК-чувствительной линии К562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе больше, чем на 45 %, в основной группе около 20 % . Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал НК-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. Первые клинические результаты, пока недостаточные для статистической обработки, демонстрируют схожие изменения параметров операционного стресса в основной и контрольной группах пациентов.

260. Анализ 13-летнего опыта проведения эндовидеоскопической адреналэктомии

Бритвин Т.А., Белошицкий М.Е.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского»

В 2002 – 2014гг. в отделении хирургической эндокринологии МОНИКИ с использованием эндовидеохирургических методик оперированы 357 больных (жен. – 269, муж. – 88) 23 – 74 лет ($55,1 \pm 8,2$) с различными заболеваниями надпочечников. Оперативные вмешательства осуществлялись с помощью оборудования фирм «Karl Storz» и «Wisap». У 98 операции производились по поводу первичного гиперальдостеронизма (у 94 – альдостерома, у 4 – идиопатический), у 17 – эндогенного гиперкортицизма (у 3 – болезнь Иценко-Кушинга, у 14 – кортикостерома), у 24 – феохромоцитомы, у 6 – адренкортикального рака, у 2 – метастазов почечноклеточного и аденогенного рака, у 210 – различных доброкачественных гормонально-неактивных новообразований (аденомы, кисты, миелолипомы и др.). Абсолютными противопоказаниями для проведения эндовидеоскопической адреналэктомии считаем злокачественный характер новообразования надпочечника, а также различные коагулопатии. Относительными: размеры опухоли более 6 см, вентральные грыжи, перенесенные операции в области предполагаемого

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

вмешательства, ожирение 3-4ст. У больных, которым произведена эндоскопическая операция и у которых в последующем был верифицирован аденокортикальный рак (6) и метастатические опухоли (2), по данным клинического обследования признаков злокачественности не выявлено. При локализации опухоли справа (у 232), а также двухстороннем поражении (у 2) для проведения одномоментной тотальной адреналэктомии операции выполнялись исключительно из лапароскопического доступа, слева чаще из бокового ретроперитонеоскопического (у 92), реже (при долихоморфном типе телосложения или подозрении на феохромоцитому) из лапароскопического (у 31). У 30 больных выполнены симультанные операции. У 4 наряду с адреналэктомией производилась резекция щитовидной железы по поводу узлового эутиреоидного зоба, у 26 – холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Средняя продолжительность операции при лапароскопическом доступе справа составила $108 \pm 13,4$ мин, слева – $122 \pm 18,6$, ретроперитонеоскопическом слева – $135 \pm 21,2$ мин. Интраоперационные трудности и осложнения имели специфический характер в зависимости от стороны вмешательства и выбранного доступа. При лапароскопической адреналэктомии справа у 7 (3%) возникла необходимость перехода на «открытый» тип операции, причиной которого у 4 явилось кровотечение из нижней полой вены, у 3 – выраженный спаечный процесс в брюшной полости. При лапароскопической адреналэктомии слева конверсия потребовалась у 3 (9,7%) в связи с повреждением капсулы селезенки и развитием кровотечения. При боковом ретроперитонеоскопическом доступе слева необходимость конверсии возникла у 8 (8,7%). У 2 надпочечник найти не удалось (на этапе освоения методики), у 3 произошло частичное разрушение опухоли надпочечника с развитием диффузной кровоточивости, у 2 не удалось полностью мобилизовать опухоль из-за ее расположения в области ворот почки. Еще одной причиной конверсии стал нераспознанный до операции рак почки (предполагалась гормонально-неактивная опухоль надпочечника). Выраженных гемодинамических и метаболических расстройств в процессе проведения адреналэктомии, включая удаление феохромоцитомы, не наблюдалось. Послеоперационные осложнения развились у 7 (1,9%) больных. У 3 диагностирован пневмоторакс, разрешившийся после дренирования плевральной полости, у 1 – (при выполнении симультанной адренал- и холецистэктомии) был поврежден общий желчный проток, что потребовало реконструктивной операции на желчных путях, у 1 – через 3 недели развилась спаечная кишечная непроходимость, ликвидированная рассечением спаек. У 2 в первые сутки после операции развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, обусловленная в одном случае инфарктом миокарда, в другом (с феохромоцитомой), катехоламиновой миокардиодистрофией. Летальных исходов в исследуемой группе больных не отмечалось. Большинство активизировались в первые сутки. Средний послеоперационный койко-день после эндовидеоскопической адреналэктомии составил 6,2 суток. Анализ накопленного опыта показал, что эндовидеоскопическая адреналэктомия является операцией выбора при доброкачественных новообразованиях надпочечников диаметром до 6см независимо от их гормональной активности. Помимо отчетливого косметического эффекта, она отличается меньшей травматичностью, более легким течением послеоперационного периода с ранней физической

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

активизацией больных, сокращением сроков пребывания в стационаре по сравнению с «открытыми» вмешательствами.

261. Сравнительный анализ эндовидеохирургических и традиционных технологий в лечении пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами.

Чистяков Д.Б., Яценко А.С.

Санкт-Петербург

Городской центр современных хирургических технологий городской клинической больницы № 31. Кафедра хирургии им Н.Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова.

Введение. Заболеваемость населения грыжами живота составляет от 4 до 7%. Из общего числа операций в хирургических стационарах 10 – 21% приходится на герниопластики. Пик заболеваемости приходится на людей наиболее трудоспособного возраста от 20 до 50 лет. Эндовидеохирургическая технология в лечении больных с послеоперационными и вентральными грыжами является весьма актуальной и требует дальнейшего изучения и проведения всесторонних исследований. Материалы и методы: С 2011 года по декабрь 2014 года, было прооперировано 505 пациентов. Эндовидеохирургическая (ЭВХ) герниопластика выполнялась 121 пациентом, традиционная герниопластика 384 пациентам. Из прооперированных традиционно - 176 пациентам выполнялась пластика собственными тканями, 208 пациентам производилась протезирующая герниопластика. Из оперированных по традиционной методике - послеоперационных грыж 188, первичных вентральных грыж 196. От общего числа прооперированных женщины составили 60%, мужчины 40%. Возраст пациентов от 25 до 75 лет, средний возраст 45 лет. Размеры грыжевых ворот составляли от 3 до 14 см в диаметре. Традиционные операции выполнялись у пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами различными методиками. Протезирующая пластика с установкой сетчатого протеза производилась по методу «sublay» у 56 пациентов, 52 пациентам выполнялась установка имплантата по методу «inlay», по методу «onlay» производилась 105 пациентам. В послеоперационную рану через отдельные апертуры устанавливались дренажи с активной аспирацией, для удаления тканевой экссудации. ЭВХ герниопластика(121) выполнялась с первичными вентральными грыжами у 79 пациентов и с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационными у 42 пациентов. Протез устанавливался предбрюшинно с последующей перитонизацией. Дренирование не производилось. У 17 пациентов с послеоперационными грыжами с размерами грыжевых ворот менее 8 см использовалась ЭВХ техника с фиксацией имплантата интраабдоминально. У 11 пациентов использовали композитный сетчатый протез. У 6 пациентов применялся сетчатый протез из поливинилиденфторида. Фиксация протезов производилась герниостеплером или спиралевидным фиксатором. Устанавливали протезы таким образом, что бы край протеза выходил за края грыжевых ворот от 3 до 5 см. При размерах грыжевых ворот более 1,5 см в диаметре перед установкой имплантата производили ушивание грыжевых ворот трансабдоминальными швами «край в край» с использованием иглы для ушивания троакарных ран. Результаты и обсуждение: Время ЭВХ операции колебалось от 20 минут до 1,5 часов. Среднее время операции составило 50 минут. Интраоперационных осложнений не было. При традиционных герниопластиках время операции колебалось от 30 мин до 2 часов, среднее время операции составило 1,5 часа. Для послеоперационного обезболивания использовались нестероидные противовоспалительные препараты, введение наркотических анальгетиков не требовалось. При ЭВХ методике послеоперационные серомы наблюдались у 7 (5%) пациентов, лечение проводилось консервативно. В 2-х случаях выполнялось пункционное удаление сером. При традиционной методике в послеоперационном периоде дренажи удалялись на 3-4 сутки, после прекращения выделения тканевой жидкости. Проводили превентивный курс антибактериальной терапии. Послеоперационные серомы наблюдались у 25(16%) пациентов в группе оперированных по методу «inlay» и «onlay». Для лечения сером выполнялись пункции от 1 до 4 раз. Средний койко-день составил 3 дня при ЭВХ герниопластиках и 8 дней при традиционных герниопластиках. В послеоперационном периоде рекомендовали ношение пациентам послеоперационных бандажей при ЭВХ герниопластиках в течение 1,5-2 месяцев и от 3 до 6 месяцев при традиционных герниопластиках. За наблюдаемый период (от полу года до 3 лет) рецидивов при ЭВХ герниопластиках не выявлено. У пациентов перенесших традиционную операцию выявлено 11(6.5%) рецидивов – в группе оперированных без установки протеза. Повторные операции выполнялись по ЭВХ технологии с протезированием. Выводы: Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с послеоперационными и первичными вентральными грыжами показывают, что выполнение эндовидеохирургических операций является эффективным и безопасным. Снижает послеоперационный дискомфорт и период госпитализации. Улучшает результаты лечения, косметический эффект, особенно у лиц женского пола и молодого трудоспособного возраста. Пациентам с послеоперационными грыжами с размерами грыжевых ворот более 8 см в диаметре показано выполнение традиционной герниопластики по методу «sublay». Применение пластики собственными тканями и под местной анестезией в лечении пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами должно быть ограничено. Использование ЭВХ технологий для лечения пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами позволяет исключить инфицирование непосредственной зоны пластики, т.к. над ней нет доступа (разреза) и как и следствие нет входных ворот для инфекции, что способствует более

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

быстрой репарации и регенерации тканей в зоне альтерации на фоне асептического воспаления. Малая травматичность ЭВХ операций уменьшает болевые ощущения в послеоперационном периоде и создает условия для быстрой активизации пациентов, что в свою очередь снижает вероятность развития рубцово-спаечных процессов в брюшной полости и уменьшает число послеоперационных осложнений.

262. Технические аспекты этапов лапароскопической герниопластики в лечение пациентов с паховыми грыжами.

Чистяков Д.Б., Яценко А.С.

Санкт- Петербург

Городской центр современных хирургических технологий городской клинической больницы № 31. Кафедра хирургии им Н.Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова.

Представлены результаты лапароскопической герниопластики в лечение пациентов с паховыми грыжами, методом ТАРР с применением протезов без раскроя и подведения под элементы семенного канатика и круглой связки матки. Материалы и методы: С 2010 года по декабрь 2014 года прооперировано 450 пациентов с паховыми грыжами, из них 17 пациентов с применением объемного сетчатого протеза. Из них 73% пациентов мужского пола, 27% пациентов женского пола. Количество косых паховых грыж составило 330, прямых паховых грыж 120. У всех пациентов выполнялась эндовидеохирургическая (ЭВХ) герниопластика с установкой сетчатого протеза предбрюшинно по методике ТАРР. Этапы оперативного вмешательства при использовании методики ТАРР, являются стандартными и общепризнанными, нами эта методика используется с 1994г. С 2010г мы отказались от раскроя протеза и подведения его под элементы семенного канатика и круглой связки матки и уделяем особое внимание тщательному осмотру зоны «треугольника боли» и «рокового треугольника», визуализации половой и бедренной ветвей бедренно-полового нерва, бедренного нерва и латерального кожного нерва бедра. Четкая визуализация анатомических образований теперь стала еще более легкой, благодаря качественным цифровым видеосистемам, позволяющим работать прецизионно. Это практически исключает их травматизацию, особенно в месте фиксации протеза. Особенности операции без подведения под элементы семенного канатика или элементы круглой связки матки является более тщательная отсепаровка и мобилизация

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

париетальной брюшины и установки сетчатого протеза над ними. При применении объемного анатомического протеза имеющего уплотненную полипропиленовую нить по его периметру развертывание и его установка в подготовленную зону является технически не сложным. Отсутствие фиксации протеза или малое ее применение уменьшает значительную альтерацию тканей. Результаты: Средняя продолжительность операции составила 40 минут. В ближайшем послеоперационном периоде были жалобы на дискомфорт в проекции зоны оперативного вмешательства, выраженный болевой синдром отсутствовал. Применение не наркотических анальгетиков требовалось только в первые сутки после операции. Все пациенты были выписаны на следующий день после вмешательства. Койко- день составил 1-2 суток. Обсуждение: Многолетний опыт применения лапароскопической герниопластики при лечении пациентов с паховыми грыжами по методике TAPP является эффективным и безопасным. Приводит к снижению операционной травмы, уменьшению длительности пребывания в стационаре, ускорению двигательной активности, повышает качество жизни пациентов, снижает количество осложнений и рецидивов. Особенности операции без раскрытия протеза и подведения его под элементы семенного канатика или круглой связки матки является более тщательная отсепаровка и мобилизация париетальной брюшины и установка имплантата над ними, что уменьшает их травматизацию и ведет к уменьшению отека тканей. Визуализация анатомических образований, благодаря качественным цифровым видеосистемам, позволяющим работать прецизионно практически исключает их травматизацию, особенно в месте фиксации протеза. Уменьшение количества мест фиксации протеза минимизирует послеоперационный дискомфорт. Все вышесказанное способствует более ранней активизации и реабилитации пациентов и как следствие уменьшает количество используемых анальгетиков, сроки пребывания в стационаре и периода нетрудоспособности. Выводы: Визуализация анатомических образований, исключая их травматизацию и уменьшение количества мест фиксации протеза минимизирует послеоперационный дискомфорт. Отсутствие разреза имплантата повышает его прочность при воздействии на него внутрибрюшного давления, и как следствие снижает вероятность развития рецидивов. При отсутствии противопоказаний лечение пациентов с паховыми грыжами ЭВХ методиками является приоритетным.

263. Наш опыт лапароскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Холматов Ш.Т., Ирназаров А.А., Рахимов А.Р.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В последние десятилетия в хирургии значительно возрос интерес к лечению больных с заболеваниями надпочечников. Увеличение абсолютного числа таких больных, связано со значительным техническим совершенствованием методов обследования. В настоящее время, благодаря своей безопасности и практичности эндовидеохирургическая адреналэктомия прочно вошла в арсенал хирургии надпочечников. Цели исследования: Определить возможности и изучить технические особенности выполнения лапароскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Материалы и методы. Наш опыт лапароскопической адреналэктомии при доброкачественных опухолях надпочечников с июня 2009 года по декабрь 2014 года составляет 75 оперативных вмешательств. Из них 93% операций, были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа, 2 операции - с помощью переднего трансабдоминального доступа и 3 операции - через боковой ретроперитонеальный доступ. Из 75 операций у 42 (56%) больных выполнены левосторонняя адреналэктомия, у 29 (38%) – правосторонняя адреналэктомия, у 2 (3%) - лапароскопическая резекция правого надпочечника с удалением кисты, у одного (1,5%) больного - видеоассистированная левосторонняя адреналэктомия и у одного больного (1,5%) - лапароскопическая электрокоагуляция левого надпочечника из-за выраженного спаечного процесса. Среди больных было 30 (40%) мужчин в возрасте от 25 до 55 лет и 45 (60%) женщин в возрасте от 21 до 70 лет. По морфологическому характеру опухоли больные были распределены следующим образом: аденома смешанного строения – 37, альдостерома – 12, феохромоцитомы – 5, узелковая гиперплазия коры надпочечника – 7, киста надпочечника – 12, параганглиома – 1 и аденома коры надпочечника с малигнизацией выявлено у одного больного. Результаты. Размеры образований варьировали от 18 мм до 70 мм, в среднем составил 38 ± 11 мм. Средняя длительность операций при правосторонней адреналэктомии составила 98 ± 17 минут, а при левосторонней адреналэктомии составила 94 ± 15 минут. Средняя кровопотеря во время операции была 121 ± 27 мл. Среди наших пациентов не было летальных исходов. Частота осложнений составила 4,5% (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. Активация больных, энтеральное питание, пациенты начинали на следующий день после операции. Применение наркотических анальгетиков не требовалось. Выводы: Лапароскопическая адреналэктомия

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

при доброкачественных опухолях надпочечников размером от 20 до 70 мм выполнима, эффективна и достаточно безопасна. Однако, необходимо обоснованно подходить к выбору операционного доступа и для успешного осуществления операции требуется высокий уровень опыта хирурга, соответствующий уровень аппаратного обеспечения и высокое качество предоперационной топической диагностики.

264. Лапароскопические вмешательства при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки

Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Камалов С.Т.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: определить показания лапароскопическим операциям в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 60 больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении во II клинике Ташкентской Медицинской Академии. Возраст пациентов было от 19 до 68 лет (средний возраст $35,9 \pm 5,3$ лет). Мужчин было 52, женщин – 8. Для выбора метода хирургического вмешательства нами был применен дифференцированный подход в лечении учитывая следующие параметры: созданный нами опросник больных, Хелик тест, оценка размеров перфоративного отверстия и инфильтративного вала, уровень кислотности желудка, морфологические изменения язвенного субстрата, степень инфицированности НР, вид перитонита, степень рубцово – язвенной деформации, состояние больных, наличие тяжелых сопутствующих патологий. У всех пациентов операцию начинали с лапароскопии. Показаниями к первичной лапаротомии явились суммарный балл опросника больных более 19 баллов, длительность заболевания более 12 часов с момента перфорации, общие противопоказания к лапароскопии. Во время лапароскопии показаниями к конверсии явились признаки разлитого гнойного перитонита, размеры перфоративного отверстия более 5мм, инфильтративный вал более 10 мм, 3-степень инфицированности НР, гиперацидное состояние желудка при отсутствии Хеликобактера пилори, отсутствие репаративных клеток в биопсийных материалах, признаки декомпенсированного стеноза привратника, подозрение на злокачественную опухоль. При лапароскопии после аспирации патологической жидкости проводили оценку размеров перфоративного отверстия и инфильтративного вала, исследовали уровень

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

кислотности желудка и степень инфицированности НР в жидкости, взятого через назогастральный зонд. Также из зоны перфорации брали биопсию для выполнения экспресс микроскопии для определения уровня репаративных клеток. Одновременно оценивали наличие стеноза и рубцово-язвенной деформаций. Также выполняли дыхательный тест «Хелик» для выявления наличие НР в организме больного. Лапароскопическое ушивание язвы производилась проленом 2,0 с помощью круглой иглы с или без дополнительным закрытием прядью большого сальника. Брюшная полость тщательно санировались антисептиками с последующим дренированием подпеченочной области и малого таза. Нами был создан опросник больных с целью предварительного определения выбора вида оперативного вмешательства. Данный опросник включал 10 параметров (длительность язвенного анамнеза; возраст пациента; время с момента перфорации; пол; группа крови; курение; прием алкоголя; профессия, связанная со стрессом; профессия, связанная с физическим напряжением; возможность проведения адекватной противоязвенной терапии в послеоперационном периоде) каждый из которых оценивался до 3 баллов. Согласно предложенному опроснику при сумме баллов менее 10 баллов предпочтительно проводить миниинвазивные методы лечения, при сумме от 10 до 19 – не стоит ограничиваться только ушиванием, однако интраоперационные находки могут играть роль в пользу миниинвазивных методов, при сумме баллов более 19 – предпочитается выполнение радикальных операций. Необходимо помнить, что опросник не является окончательным решением для выбора вида метода операции. Согласно результатам опросника 42 больных получили не более 10 баллов, 10 пациентов - 15-19 баллов и остальные 8 - от 22 до 30 баллов. Мы у 52 больных операцию начали с лапароскопии, 8 пациентам произведена первичная лапаротомия. В послеоперационном периоде специфических хирургических осложнений нами не отмечено. В 1 случае отмечался летальность, что было связано с исходным тяжелым состоянием и наличием сопутствующих патологий со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проведение адекватной консервативной терапии в послеоперационном периоде в отдаленном периоде позволило добиться хороших результатов. Ни в одном случае рецидива заболевания в сроки до 1 года не отмечено. При контрольной эндоскопии у 51 больных отмечено полное рубцевание язвы. Таким образом, дифференцированный подход в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, не только позволяет уменьшить травматичность операции, но также способствует сокращению числа травматичных «нежелательных» радикальных операций.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

265.Выбор гемостаза при кровотечениях из варикозных вен желудка у больных с синдромом портальной гипертензией

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Джалилов А.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день подходы к лечению кровотечений из варикозных вен желудка (ВРВЖ) различны. Эффективным способом лечения кровотечений из варикозных вен пищевода является эндоскопический, однако при кровотечениях ВРВЖ среди авторов имеется разногласия. Имеется множество способов гемостаза при кровотечениях из ВРВЖ, это эндоскопический (склеротерапия, обтурация тканевыми клеями), ТИПС и открытое оперативное вмешательство. Естественно все врачи при такой сложной патологии склонны к более щадящим методам лечения это есть эндоскопический гемостаз. Учитывая, что данная проблема не имеет своего решения среди большинство авторов, мы сочли поделится опытом лечения кровотечений из ВРВЖ. Цель: оптимизировать подходы эндоскопических вмешательств, при кровотечениях из ВРВЖ у больных с портальной гипертензией. Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у 285 пациентов с циррозом печени (ЦП). Возраст пациентов составил от 15 до 72 лет. Диагноз подтверждали клинико-лабораторными данными и ультразвуковым доплеро-графическим исследованием портальной вены и её притоков. Всем пациентам выполняли эндоскопическое исследование с целью выбора тактики лечения. Среди 285 пациентов в 57 случаев были ВРВЖ: 1-й тип (GEV-1) 19 случаях, 2-й тип (GEV-2) – 13, сочетанное поражение малой и большой кривизны (1 и 2 тип) нами наблюдалось в большинстве случаев 23 пациентов и в 2 пациентов было изолированное поражение дна желудка (IGV-1). Среди больных ВРВЖ, активное кровотечение отмечалось в 9 (15,7%) случаях, у 17 пациентов выявлено признаки остановившегося кровотечения и в 31 случае больные обращались в плановом порядке после первого или второго эпизода кровотечения. Всем пациентам выполнено эндоскопический метод гемостаза: 13 больным микропенная склеротерапия (22,8%), эндоскопическое лигирование ВРВЖ по разработанной методики 42 пациентам (73,6%) и в 2 случаях (3,5%) комбинация методов лигирования и микропенной склеротерапии. При выполнении процедуры эндоскопической склеротерапии, использовали микропенный метод паравазальной и интравальной техники с использованием 3% раствора полидоканола или тромбовара. Результаты и обсуждение. На высоте кровотечения эндоскопическая склеротерапия произведено в 5 (38,4%) случаях и в 8 (61,6%) случая отсроченном порядке, после остановки кровотечения и стабилизации состояния больных. Рецидив кровотечения в группе больных которым склеротерапия выполнено экстренном порядке наблюдалось у 4 (80%) больных. У больных которым склеротерапия произведено отсроченном порядке рецидив кровотечения наблюдался 3 (37,5%) случаях. Всем пациентам рецидивом кровотечения произведено

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

открытое оперативное вмешательство. Летальность в группе больных с рецидивом составила 71,4%. Эндоскопическое лигирование на высоте кровотечения произведено 4 (9%) случаях и отсроченном или плановом порядке 40 (81%) пациентам, в 2 (18%) случаях лигирование дополнено с микропенной паравазальной склеротерапией. Лигирование на высоте кровотечения является очень сложной процедурой в связи плохой визуализацией, но эффективной - гемостаз достигнут в трех случаях. В одном (2,2%) случая больной взят на открытую операцию в связи продолжающимся кровотечением. Среди осложнений после лигирования ВРВЖ нами наблюдалась перфорация стенки желудка в одном (2,2%) случае. Среди пациентов котором лигирование произведено отсроченном или плановом порядке только в двух (5%) случае наблюдался рецидив кровотечения. Причиной кровотечения явилось ранее соскальзывание латексного кольца из варикозной вены. Кровотечение остановлено паравазальным введением микропенного полидаканола и в одном случая выполнено разобщение гастроэзофагеального коллектора оперативным способом. Методы эндоскопической остановки кровотечения путем лигирования оказались эффективным у 42 пациентов (95,4%). Летальность после эндоскопического лигирования ВРВЖ у больных с циррозом печени наблюдались от прогрессирующей печеночной недостаточности у 2 (4,5%) пациентов. Стойкая и длительная эрадикация ВРВПЖ достигнута у 38 (90,4%) пациентов. У 4 (8,6%) пациентов возник рецидив кровотечения в сроки от 1 до 2 лет. Таким образом, эндоскопической лигирования имеет свое место среди методов гемостаза при кровотечениях из ВРВЖ при портальной гипертензии. Как показали результаты наших исследований рецидив кровотечения после склеротерапии очень высок, этой связи есть необходимость применения лигирующих метод при кровотечениях из ВРВЖ. Необходимо отдеференцировать источник кровотечения сочетанных поражениях варикозными венами пищевода и желудка. Повторные сеансы эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ и динамическое их наблюдение позволяет своевременно выполнить профилактику кровотечения из ВРВПЖ и добиться эрадикации на длительное время, что позволяет больным оставаться в листе ожидания на трансплантацию печени.

266. ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ГОСПИТАЛЯ

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Чурсин В.В., Балалыкин А.С.

Краснознаменск

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Эндовидеохирургия в отделении неотложной хирургии госпиталя стала применяться с 1993г. В настоящее время эндовидеохирургией владеют все хирурги отделения. Нами изучен собственный двенадцатилетний опыт неотложной круглосуточной эндовидеохирургической помощи в госпитале. Цель исследования: проанализировать двенадцатилетний опыт использования эндовидеохирургии в оказании неотложной помощи больным и пострадавшим. Материал и методы. С помощью эндовидеотехники выполнено более 2380 неотложных операций при заболеваниях органов брюшной и грудной полости. В отделении выполнено 1048 лапароскопических и лапароскопически-ассистированных аппендэктомий, 793 лапароскопических холецистэктомий, 71 лапароскопическое ушивание при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки, 46 операций при спаечной кишечной непроходимости (лапароскопический адгезиолизис), более 83 РХПГ при резидуальном холедохолитиазе, механической желтухе, стриктуре БДС, 44 торакоскопии при спонтанном пневмотораксе, свернувшемся гемотораксе, травмах. 22 лапароскопически ассистированные гастростомии, колостомии. Выполнено 16 лапароскопически ассистированных резекций толстой кишки, из них 8 лапароскопически ассистированных правосторонних гемиколэктомий, 5 резекций сигмовидной кишки, 3 лапароскопически-ассистированных восстановлений непрерывности желудочно-кишечного тракта после операции Гартмана. Выполнено более 56 диагностических лапароскопий при травмах брюшной полости. Выполнено 97 ревидеолапароскопий: запрограммированных и по поводу развившихся осложнений. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы выполняется лапароскопическая фундопликация по Nissen, выполнено 5 операций. С 2010 г. в госпитале при паховых грыжах выполняется лапароскопическая герниопластика (36 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.

267. Опыт применения лапароскопической холецистэктомии в отделении неотложной хирургии.

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Чурсин В.В., Балалыкин А.С.

Краснознаменск Московской области

Филиал №4 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» МО

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! 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 непрямым антикоагулянтам, 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 –

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

краевое повреждение холедоха, возникшее при разделении плотного привезикального 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 культы 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. Литература: 1. Алиев М.А. Ближайшие результаты лапароскопической холецистэктомии /Алиев М.А., Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Ахмедов И.Г., Меджидов Ш.Р./ Тезисы докладов пятого Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Энд. хирургия. – 2002. - №2. – С.7-8. 2. Багненко С.Ф. Желчный перитонит как осложнение лапароскопической холецистэктомии /Багненко С.Ф., Мосягин В.Б., Карпова Е.А./ Энд. хирургия. – 2000. - №2. – С.6. 3. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /А.С. Балалыкин. – М.: ИМА-пресс, 1996. 152 с. 4. Черкасов М.Ф. Лапароскопические операции при остром холецистите /Черкасов М.Ф., Ситников В.Н., Митюрин М.С.// Хирургия. 2004. -№1. – С.15-18.

268. Опыт использования видеоассистированной аппендэктомии.

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.А., Глуцкий С.А., Чурсин В.В., Балалыкин А.С., Яковлев А.Е.

Краснознаменск Московской области

Филиал №4 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» МО

Изучен двенадцатилетний 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 двенадцатилетний опыт применения видеоассистированной (комбинированной) аппендэктомии. За период с 1999 по 2010 годы комбинированным методом оперировано 1048 пациентов с острым и хроническим аппендицитом. Из них 345 больным после мобилизации червеобразного отростка экстраабдоминально накладывались кистный 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 ($p < 0,05$), флегмонозном - $48 \pm 3,8$ ($p > 0,05$), гангренозном - $57 \pm 4,2$ ($p > 0,05$), гангренозно-перфоративном - $59 \pm 4,25$ ($p > 0,05$). Средняя длительность комбинированной аппендэктомии составила $50 \pm 4,25$ минут ($p > 0,05$). С применением лигатурного метода

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

продолжительность операций снизилась в среднем на $7 \pm 3,2$ минуты. При проведении комбинированной аппендэктомии осложнения возникли у 34 (3,2%) пациентов. Среди них выявлены: 5 (0,47%) кровотечения из троакарной раны, потребовавшие в дальнейшем выполнить ревизию троакарного хода (1 пациент на фоне приема Варфарина); 2 (0,2%) кровотечения из сосудов передней брюшной стенки, связанные с повреждением ветвей эпигастральной артерии - потребовавшие лапароскопии для определения источника кровотечения с последующей его остановкой и 3 (0,28%) кровотечения из брыжейки культи отростка. В целом кровотечения в структуре осложнений при комбинированной аппендэктомии составили 0,95%. Нагноение троакарной раны отмечено в 13 (1,24%) наблюдениях. Внутрибрюшные абсцессы выявлены у 3 (0,2%) больных. У одного больного абсцесс развился в правой подвздошной области и 2 у больных в области малого таза. Все абсцессы вскрыты и дренированы при использовании релапароскопии. В 2 (0,42%) случаях развился послеоперационный воспалительный ин-фильтрат, разрешившийся консервативно. Острая кишечная непроходимость развилась у 4 (0,38%): 2 детей с гангренозно-перфоративным аппендицитом и 2 взрослых. Во всех случаях выполнялась релапароскопия, причем в 2-х случаях достаточно было разделить спайки и санировать брюшную полость, в 2-х несмотря на проведение санационной лапароскопии потребовалась срединная лапаротомия. Эвентрация пряди сальника возникла у 2 (0,2%) у больного с гангренозным ап-пендицитом. Больным иссечена прядь сальника и наложен мышечно-апоневротический шов. Пилефлебит развился у 1 (0,09%) больного с гангренозным аппендицитом. После консервативной терапии наступило выздоровление. Выводы Комбинированная аппендэктомия – эффективный способ лечения острого аппендицита, сочетает в себе достоинства лапаро-скопического и традиционного доступов, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных с данной патологией. >

269.Миниинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений у лиц старшей возрастной группы.

Меджидов Р.Т., Курбанисмаилова Р.Р.

РД г.Махачкала

ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ

Актуальность. Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) и значительные затраты общества на ее лечение являются одной из проблем

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

современной медицины. До 10-15% взрослого населения страдает данным заболеванием. Особую трудность в лечении представляют осложнения ЖКБ. Среди больных с осложнениями ЖКБ преобладают лица пожилого и старческого возраста, что влияет на исход лечения этой группы больных, а саму проблему делает актуальной. Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных с ЖКБ путем усовершенствования имеющихся и разработки новых технологий операций на желчном пузыре и желчных протоках. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения пациентов с осложненным течением ЖКБ, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБОУ ВПО РМЦ ГВ. Все больные были разделены на 2 группы. В контрольной группе оперативные вмешательства выполнялись из широкой лапаротомии – (ТХЭ) – 96 пациентов, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – 42 больным. В основной группе больные были разделены на 2 подгруппы, I группа – 68 пациентов, которым произведена ХЭ из МЛД с помощью устройства мини-ассистент «М-А», II группа – 34 больных оперированные с помощью комплекта «М-А» дополненного нами «лопаткой-ретрактором». В исследование было включено 162 пациента. Критериями выбора был возраст (75 лет и старше), а так же факт осложненного течения ЖКБ. У всех пациентов отмечалась комбинированная сопутствующая патология со стороны жизненно важных органов, наличие множественной сопутствующей патологии, безусловно определяемый риск развития интра и послеоперационных осложнений у пациентов данной возрастной группы. В своей работе мы пользуемся доступной и информативной шкалой оценки операционно-анестезиологического риска ASA. В основном пациенты старческого возраста в ходе распределения с учетом классификации ASA имели место превалирования в III, IV классе. Выбор сроков, вида и объема операции осуществляли исходя из следующих положений: выраженности признаков острого холецистита, длительности и выраженности механической желтухи, наличия явных признаков холангита, местного или распространенного перитонита, тяжести сопутствующих заболеваний, общего состояния больных. Одновременно больных дообследовали и консультировали врачами смежных специальностей. В группе больных из 96 пациентов, которым выполнена ТХЭ во время операции осложнения имелись у 12 (12,5%) больных – это десерозирование холедоха при синдроме Мириззи, кровотечения из культи пузырной артерии и ее ветвей, у 8 (8,3%) пациентов осложнения носили общий характер в виде развития гипотонии и гипертензии срыва ритма сердца с последующим развитием в раннем послеоперационном периоде инфаркта миокарда (ИМ). Послеоперационные осложнения (ПО) встречались у 27 больных. Из них раневого характера имелись у 10 (10,4%) пациентов: нагноение послеоперационных ран, образование – подпеченочных абсцессов. Общего характера у 917 (17,7%) больных, в виде пареза кишечника, острой задержки мочи, нарушений сердечного ритма, пневмонии, обострения ХОБЛ, ИМ, острая сердечно-сосудистая недостаточность, которая послужила причиной летального исхода. Релапаротомия произведена у 2 (2,1%) пациентов. В первом случае в связи с развитием жирового панкреонекроза с формированием парапанкреатических жидкостных скоплений и панкреатогенного серозно-фибринозного перитонита. У 2-го больного релапаротомия была связана с подкожной эвентрацией с формированием гематомы в области раны и брюшной полости.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Послеоперационная летальность составила 1,1%. В группе с ЛХЭ (42 пациента) переход на ТХЭ осуществлен у 2 (4,8%) больных и у 3 (7,1%) пациентов на ХЭ из МД. Причинами конверсии явились неясная анатомия в зоне треугольника Кало на фоне выраженного плотного инфильтрата и выраженные рубцово-склеротические изменения в области гепатодуоденальной связки. Интраоперационные осложнения (ИО) наблюдались у 56 (14,3%) пациентов; дессерозирование тонкой кишки, кровотечение, краевое повреждение холедоха I класс (классификация по Stewart - Way), перофорация желчного пузыря. У 3-х (7,1%) больных осложнения носили общий характер бронхолегочные и сердечно-сосудистые. Послеоперационные осложнения отмечены у 9 (21,4%) пациентов: подтекание желчи по дренажу при недостаточности культи пузырного протока, гематома брюшной стенки в месте прохождения троакара, нагноения и инфильтраты троакарных ран. Общего характера осложнения развились у 5 (11,9%) больных: тромбофлебит вен нижних конечностей, ателектазы, пневмония, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Летальных исходов не было. Среди оперированных из МД в 1-й группе ИО осложнений имелось у 3 (4,4%) пациентов: перфорация ЖП, кровотечение из дополнительной ветви пузырной артерии, расширение оперативного доступа в данном случае для этого не понадобилось. ПО осложнения встречались у 7 (10,3%) больных в виде реактивного плеврита, острого цистита у пациентки на фоне катетеризации мочевого пузыря, в виде раневых осложнений с развитием инфильтратов, серомы. Во II группе ИО не имелись. В ПО периоде осложнения встречались с одинаковой частотой при сравнении с I группой. Летальных случаев как в I, так и во II группе не имелись. Выводы: Сконструированный и внедренный инструмент «лопатка-ретрактор» облегчил выполнение операции из МД в технически сложных ситуациях, и сократило время ее проведения. Разработанные и усовершенствованные технические приемы малоинвазивных операций позволила за счет простоты и технической доступности значительно уменьшить число интра- и послеоперационных осложнений и конверсию на ТХЭ.

270.Видеолапароскопия в комплексной диагностике и лечении очаговых поражений печени

Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Султанова Р.С., Хабибулаева З.Р.

Махачкала

ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В хирургической практике все чаще встречаются случаи с очаговыми образованиями печени. Они, в основном, выявляются при скрининговом УЗИ и нуждаются в морфологической верификации. Наиболее подходящим для этого методом является лапароскопия и при этом нередко имеется возможность проведения лечебной процедуры. Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения очаговых образований печени. В клинике общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ прошли диагностику и лечение 1508 пациентов (за последние 10 лет) с очаговыми поражениями печени. Все они поступили в клинику после УЗИ, при котором были выявлены очаговые образования печени различных размеров. Почти всем пациентам амбулаторно проведено стандартное обследование с акцентом внимания на наличие онкологической патологии. В клинике им проведена диагностическая лапароскопия. При этом гемангиомы печени размерами до 2 – 3 см выявлены у 417(20,2%) пациентов. У 76(4,8%) пациентов, при наличии гемангиом печени небольших размеров по УЗ – данным, во время лапароскопии на поверхности печени они не визуализировались. В этих наблюдениях во время амбулаторного обследования онкологической патологии со стороны внутренних органов не было выявлено. В 75(4,7%) случаях выявлены гемангиомы средних размеров, которые выступали над поверхностью печени, проведена атипичная резекция печени из лапаротомного доступа. При кистозных образованиях печени лапароскопия проведена в 124(7,9%) наблюдениях, из них паразитарные кисты имелись в 98 случаях, простые – 26. Оперировано 113 пациентов. В 11 наблюдениях кисты локализовались интрапаренхиматозно и имели размеры до 3 см. За ними после лапароскопии велось динамическое УЗ – наблюдение. В 826(52,6%) наблюдениях лапароскопически верифицирован опухолевый процесс. Всем пациентам была проведена биопсия ткани печени с последующим ее гистологическим исследованием. В 203(24,5%) случаях отмечены одиночные образования. Размеры до 3 см имелись у 178 пациентов. У 25 пациентов определялись образования более крупных размеров. Первичное поражение печени имелось у 33 пациентов, вторичное (метастатический рак) у 170 больных. В процессе лапароскопического исследования лечебные процедуры проведены в 42 случаях. Склеротерапия проведена в 32 наблюдениях, а иссечение опухолевого узла – в 10 наблюдениях. В 22 случаях проведена атипичная резекция печени и в 4 – гемигепатэктомия. Множественное опухолевое поражение печени отмечено в 623 (71,2%) наблюдениях. Первичный рак верифицирован в 236 наблюдениях, метастатический - 387 случаях. При диагностической лапароскопии у 36(4,3%) пациентов визуализируемые при УЗИ очаговые образования печени были обусловлены наличием у пациентов крупноузлового цирроза печени. Местные и общие интраоперационные осложнения при проведении УЗИ и диагностической лапароскопии нами не отмечены. В послеоперационном периоде среди пациентов (32), которым была проведена склеротерапия, у 6(18,7%) больных были явления эндотоксикоза легкой степени, которые прошли после гепатотропной и инфузионной терапии. Среди пациентов, которым были использованы резекционные технологии, осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 3(11,5%) больных. В этих случаях имели место жидкостные образования в зоне резекции печени. Они были устранены путем пункции и дренирования под УЗ – наведением. После диагностической лапароскопии и проведения

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

некоторых лечебных процедур под её контролем 30 – дневная летальность среди пациентов, включенных в данное исследование не отмечена. Вывод. Лапароскопическое исследование с большой точностью позволяет определить характер очагового поражения печени, провести под его контролем лечебные процедуры и конкретизировать лечебную тактику.

271. Видеолапароскопические вмешательства при кистозных образованиях печени

Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Султанова Р.С., Хамидов Т.М.

Махачкала

ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ

Видеолапароскопические вмешательства при патологии печени широко применяются в современной хирургии в виду их явных преимуществ. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с кистозными образованиями печени. В клинике общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ за последние 10 лет миниинвазивные вмешательства при кистозных образованиях печени проведены 84 пациентам. Возраст пациентов составил от 25 до 84 лет. Паразитарные кистозные образования имелись у 62(73,8%) пациентов, непаразитарные – у 22(26,2%). Оперативные вмешательства под видеолапароскопическим контролем выполнены 58(69,1%) пациентам, а из мини – доступа – 26(30,9%). При паразитарных кистах монокистозный эхинококкоз отмечен в 55(88,7%) наблюдениях, множественный – в 7(11,3%). Эхинококкоз правой доли имел место в 44 (77,9%) случаях, левой – в 14(22,7%), в правой и левой – в 4(6,4%). При непаразитарных кистах печени одиночные кисты имелись у 16(72,7%), множественные – у 6(27,3%). Правосторонняя локализация отмечена в 14(63,6%) наблюдениях, левосторонняя – в 3(13,7%), в обеих долях – в 5(22,7%). Диаметр кистозных образований в среднем составил $6,9 \pm 1,3$ см. У 84 пациентов всего имелось 101 кистозное образование. Цистперикистэктомия выполнена в 13(12,8%) наблюдениях, субтотальная перикистэктомия - в 24(23,7%), аплатизация кист – в 58 (57,4%), наружное дренирование остаточной полости – в 6(6,1%) случаях. При отборе пациентов учитывали размеры, локализацию и фазу развития паразитарного кистозного образования. Результаты и их обсуждение. Интраоперационные осложнения имелись в 5(6,0%) наблюдениях. Из них у 3 пациентов с эхинококковой кистой при лапароскопической эхинококкэктомии отмечено подтекание содержимого кисты в свободную брюшную полость, переход на мини – доступ, выполнена субтотальная

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

перицистэктомия. В 2 случаях имело место кровотечение из ткани печени, было остановлено путем электрокоагуляции биполярным электродом. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 11(13,0%) пациентов: желчеистечение, улавливаемое страховочным дренажом – в 3 наблюдениях, экссудативный плеврит справа – в 3, нагноение минилапаротомной раны – в 2, обострение ХОБЛ – в 2, срыв ритма сердца больного с ишемической болезнью сердца – в 1. Летальных исходов не было. Рецидив эхинококковой болезни отмечен в 2(2,4%) случаях. У них во время лапароскопической эхинококкэктомии имело место подтекание содержимого кисты в свободную брюшную полость. Эхинококкэктомия была завершена с переходом на минилапаротомный доступ, проведена субтотальная перицистэктомия. Вывод. Использование современных технологий при кистозных образованиях печени значительно улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения.

272. Результаты применения лапароскопических методов при острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза при отработанных мануальных навыках хирургов

Сажин А. В., Мосин С. В., Дзусов М. А., Мирзоян А. Т., Тягунов А. Е.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава РФ

В последнее время увеличивается количество лапароскопических операций, применяемых в экстренной абдоминальной хирургии. Большое значение среди них играют операции в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (ОКННГ). До настоящего времени нет определенных показаний и противопоказаний к выбору данного вида оперативных вмешательств. В настоящее время опубликованы результаты крупных мультицентровых рандомизированных исследований, с результатами лапароскопических операций при ОКННГ. По данным авторов, доля лапароскопических операций варьирует от 11,4% [Mancini G. J. et al., 2008] до 97,0% [Grafen F. C. et al., 2010], притом, что доля осложнений после них на 25% ниже, чем после открытых операций [Catena F. et al., 2011]. Значительно различающаяся частота осложнений может говорить о вероятных различиях в выборе показаний к операции или о применении недостаточно чётких критериев селекции. Можно предположить, что с увеличением «лапароскопической активности» хирурга, а возможно – с приобретением им опыта лапароскопической операции, количество осложнений может быть выше, чем при тщательной

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

селекции пациентов. Цель исследования: изучение результатов применения лапароскопических и открытых операций и доли лапароскопических вмешательств в общей структуре хирургической помощи у пациентов с ОКННГ в периоде "выхода на плато обучения" хирургов. Материалы и методы. В основу исследования были положены результаты лечения 155 пациентов, оперированных по поводу ОКННГ в ГКБ №4 ДЗ г. Москвы за период 2009 – 2013 гг. Данный период был выделен исходя из того, что за предшествующие годы в нашей клинике все хирурги вышли на «плато кривой обучения» в неотложной лапароскопической хирургии, имея опыт выполнения таких операций не менее 3-х лет к началу периода, при этом часть хирургов преподает мануальные навыки на курсе по неотложной лапароскопической хирургии в условиях центра симуляционного обучения. Производилось сравнительное исследование, при этом выбор метода операции зависел от критериев селекции пациентов и опыта хирурга. Все больные были разделены на 2 группы. Критерием включения в основную группу был факт применения лапароскопических технологий во время операции. Критериями селекции пациентов являлись: типичная клиническая картина ОКННГ; подозрение на ОКННГ, в том числе на странгуляционную ОКННГ; отсутствие общих противопоказаний к лапароскопии; достаточный опыт оперирующих хирургов в неотложной лапароскопической хирургии – не менее 3-х лет. Попытки применения лапароскопических операций были произведены в 55 (35,0%) случаях, при этом избежать конверсии удалось в 33 (21,0%) случаях. Средняя «доля» выполненных лапароскопических операций по поводу ОКННГ составила 35,0% от общего количества операций по поводу ОКННГ, с тенденцией к увеличению количества лапароскопических вмешательств по годам. В контрольную группу входило 100 пациентов. В данной группе устранение ОКННГ было произведено из открытого доступа, без применения лапароскопических технологий. Средний возраст пациентов составил 54 ± 21 год. По полу различий не выявлено ($p = 0,865$). В основной группе преобладали пациенты 31-60 лет – 30 (54,5%), в контрольной – 61-90 лет – 58 (58,0%), различия статистически значимые ($p < 0,001$) ввиду того, что врач принимал решение о выполнении лапароскопии реже среди пациентов старшей возрастной группы. У большинства пациентов из обеих групп (56,4%/52,0%) обнаружилась острая спаечная тонкокишечная непроходимость без явлений странгуляции. Странгуляционная тонкокишечная непроходимость выявлена в 36,4% и 34,0% случаев соответственно. Обтурационная кишечная непроходимость была как в основной (7,3%), так и в контрольной (10,0%) группах. Статистически значимых различий между группами по виду непроходимости не выявлено ($p > 0,05$). Пациенты с заворотом сигмовидной кишки отмечены лишь в контрольной группе – 4,0% ($p = 0,263$). Статистически значимых различий между группами по количеству предшествующих операций в анамнезе не выявлено ($p > 0,05$). Лапароскопическое устранение ОКННГ выполнялось бригадой хирургов в составе 3-х человек: хирург-оператор, ассистент и операционная сестра. Вход в брюшную полость осуществляли по открытой методике. В случае невозможности произвести адекватную ревизию брюшной полости либо невозможности произвести устранение ОКННГ, принималось решение о конверсии. Операция заканчивалась дренированием брюшной полости и установкой назогастрального зонда. После лапароскопических операций проводилась ранняя активизация

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациентов, питьё и жидкая пища разрешались с первых суток. Результаты. Сравнивались следующие показатели: длительность выполнения операции, частота и характер ранних и поздних послеоперационных осложнений, послеоперационный койко-день, длительность нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии, летальный исход и общая длительность госпитализации. Статистически значимые различия получены по следующим показателям: длительность операции в контрольной группе в 1,33 раза больше, чем в основной группе (медиана 82,5 [50,0; 143,8] мин. и 110,0 [70,0; 150,0] мин., $p < 0,05$); госпитализированы в ОРИТ 83 (83,0%) из контрольной группы против 37 (67,2%) – в основной, $p < 0,05$; длительность пребывания в ОРИТ после операции (1,0 [0,0; 3,0] к/день в основной группе против 3,0 [1,0; 4,0] к/дней, $p < 0,05$); средний послеоперационный к/день в контрольной группе выше в 1,4 раза ($p < 0,05$); общий койко-день статистически значимо в 1,33 раза больше в контрольной группе (9,0 [7,0; 12,0] в основной и 12,0 [10,0; 15,8] – в контрольной, $p < 0,05$). В основной группе отмечены следующие причины конверсий: выраженный спаечный процесс – 13 (59,1%) пациентов; некроз кишки – 4 (18,2%); расширение петель тонкой кишки – 3 (13,6%); невозможность фрагментации желчного конкремента и низведения его в слепую кишку – 1 (4,5%). В 1 случае (4,5%) была отмечена интраоперационная перфорация тонкой кишки. Общая частота послеоперационных осложнений в контрольной группе составила 32 (32,0%), при этом в основной группе осложнения отмечены у 3 (5,5%) пациентов, ($p < 0,05$). В контрольной группе послеоперационный парез кишечника выявлен у 24 (24%) пациентов, кишечный свищ – у 1 (1,0%), некроз тонкой кишки – у 1 (1,0%), острая язва с кровотечением – 1 (1,0%). В основной группе длительный послеоперационный парез кишечника отмечен в 2 (3,6%) случаях, и ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость в 1 (1,8%) случае, потребовавшем повторной лапаротомии. Летальность имела место в контрольной группе и составила 6 пациентов (6,0%). Статистически значимых различий по данному показателю между группами исследования не выявлено ($p = 0,09$) в связи с малым количеством результатов. Общая летальность среди всех оперированных пациенток в ОКННГ составила 3,9%. Вывод: Лучшие результаты лапароскопических операций при ОКННГ объясняются строгой селекцией пациентов перед выбором метода операции, отсутствием затрат времени на лапаротомию и ушивание раны и на установку назо-интестинального зонда, а так же достаточным опытом в неотложной абдоминальной хирургии (не менее 3-х лет). Средняя «доля» выполненных лапароскопических операций по поводу ОКННГ составила 35% от общего количества операций по поводу ОКННГ.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

273. Оценка результатов лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза при внедрении лапароскопических методов в клинику: 10-летний опыт

Сажин А. В., Мосин С. В., Дзусов М. А., Мирзоян А. Т., Тягунов А. Е.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава РФ

Внедрение лапароскопии в диагностике и хирургическом лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (ОКННГ) несет в себе очевидные преимущества для пациентов. Однако, лапароскопические операции, особенно – в периоде освоения метода, несут в себе достоверный риск специфических осложнений и не могут являться заменой открытым операциям у 100% пациентов с ОКННГ. В связи с этим требуется строгая селекция пациентов для выполнения лапароскопических операций по различным критериям, с учётом опыта хирурга в неотложной лапароскопии. Применение лапароскопических технологий у отобранной части пациентов может приводить к уменьшению летальности и количества осложнений в целом при ОКННГ. Цель исследования. Изучение общих результатов применения лапароскопических методов диагностики и хирургического лечения (ОКННГ) и разработка критериев селекции пациентов в периоды внедрения лапароскопии и «выхода на плато обучения» хирургов в ГБУЗ ГКБ №4 ДЗ г. Москвы. Материалы и методы. Всего подлежали анализу данные о результатах лечения 377 пациентов, оперированных по поводу ОКННГ за 10 лет (2004 – 2013 гг.). Все пациенты были разделены на 2 группы: в Группу 1 (222 пациента) были включены все пациенты, оперированные по поводу ОКННГ за период с 2004 по 2008 годы (в периоде "освоения метода" лапароскопии при ОКННГ). В Группу 2 (155 пациентов) – с 2009 по 2013 годы (в периоде «выхода на плато обучения хирургов»). Группы были сравнимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям и видам непроходимости ($p > 0,05$). Группы исследования (без разделения по видам операций) оценивались по следующим критериям: частота послеоперационных осложнений, длительность лечения, летальность. Сравнительные результаты открытых и лапароскопических операций в группе 2 оценивались в отдельном исследовании. Результаты и обсуждение. За период с 2004 по 2013 гг. средняя доля пациентов (за 5-ти летний период), в лечении которых применялись лапароскопические технологии, в группе 1 и группе 2 составила соответственно 5,9% и 37,6% ($p < 0,001$), то есть, увеличилась в 6,4 раз. При этом в группах наблюдается тенденция к снижению общего числа и процента осложнений. В группе 1 частота осложнений составила 7,8%, в то время как в группе 2 – 3,6%, что в 2,17 раз меньше и является статистически значимо ($p < 0,05$). Медиана показателя «Количество осложнений» для каждой группы исследования в Группе 1 она составила 3 [2; 3], в Группе 2 – 1 [1; 2]. Общий показатель летальности при ОКННГ в Группе 1 составил 10,5%, в то время как в Группе 2 он составил 4,1% что, статистически значимо и в 2,56 раз меньше ($p < 0,05$). Средняя длительность стационарного лечения в Группе 1 составила 13,2 к/д, в Группе 2 – 12,4 к/д, зависела от соблюдения стандартов (тенденция к

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

снижению длительности лечения в 1,06 раз, результаты статистически не значимы). В Группе 1 встречались такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны, перфорация сигмовидной кишки, эвентрация, анаэробная флегмона передней брюшной стенки, несостоятельность межкишечного анастомоза. В Группе 2 эти осложнения встречались статистически значимо реже ($p < 0,05$). Мы применяли строгие критерии селекции пациентов перед выполнением лапароскопических операций. Среди них большое значение уделялось таким критериям, как: распространённый перитонит, выраженное расширение кишки, как минимум одна лапаротомия по поводу острой спаечной кишечной непроходимости в анамнезе или несколько перенесённых лапаротомий по поводу любых заболеваний в анамнезе, большие послеоперационные вентральные грыжи, тяжёлые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, тяжёлый сепсис или септический шок и отсутствие опыта в неотложной лапароскопической хирургии у оператора. Кроме этого, мы считаем обоснованным раннее и активное применение диагностической лапароскопии у пациентов с обоснованным подозрением на ОКННГ из групп риска (пожилые пациенты, отсутствие в анамнезе перенесённых операций при наличии сомнительных признаков ОКННГ, длительное и малоэффективное консервативное лечение ОКННГ и др.) Выводы. Применение лапароскопических технологий в неотложной хирургии при ОКННГ по строгим показаниям позволило достоверно снизить частоту осложнений и летальность при этой патологии. К критериям селекции пациентов необходимо отнести опыт хирурга в неотложной лапароскопической хирургии. После выхода хирургов на «плато обучения» доля лапароскопических операций при ОКННГ в составила 37,6% с тенденцией к увеличению

274. Результаты обучения хирургов на курсе «Новые малоинвазивные технологии в неотложной абдоминальной хирургии» в условиях центра симуляционного обучения

Сажин А. В., Мосин С. В., Иванов А. А., Мирзоян А. Т., Нечай Т. В., Курашинова А. Т., Дзусов М. А.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава РФ

В РНИМУ им. Н.И. Пирогова с 2011 года функционирует Учебный центр инновационных медицинских технологий (УЦИМТ РНИМУ). С 2012 года сотрудниками нашей кафедры проведено 12 однодневных (98 курсантов),

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

8 двухнедельных (65 курсантов) курсов по обучению лапароскопическим технологиям, а так же 2 трехдневных курса (16 курсантов) совместно с другими кафедрами. Всего обучение лапароскопическим навыкам прошло 179 хирургов. За основу наших учебных программ были взяты программы Европейского Института Телемедицины (EITS, Strasbourg, France). Кроме однодневных курсов по отработке общих мануальных навыков лапароскопической хирургии, проводились 72-часовые курсы для хирургов по применению малоинвазивных технологий в неотложной абдоминальной хирургии. Этот курс был разработан нами с учётом того, что до 70% от всех операций в абдоминальной хирургии выполняются по поводу экстренных заболеваний органов брюшной полости в обычных общехирургических стационарах, где нет возможности осваивать лапароскопические операции на рабочем месте, ни в плановой, ни в неотложной хирургии. Программа нашего курса включает в себя лекции и видеопрезентации, занятия на лапароскопических симуляторах и тренажёрах. Теоретическая часть включает обязательный курс лекций, с разбором российских и международных клинических руководств и рекомендаций. Необходимость подробного разбора клинических рекомендаций связана с тем, что при активном применении малоинвазивных методик в неотложной хирургии традиционные алгоритмы мышления и принятия решений могут становиться не актуальными. Практическая часть заключается в отработке мануальных навыков на эндоскопических тренажёрах и симуляторах, выполнении отдельных элементов и полноценных типичных лапароскопических операций (аппендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративной язвы, кишечный шов, рассечение спаек, наложение интракорпоральных анастомозов и др.) на биологических тканях в учебной операционной. К концу обучения все курсанты самостоятельно выполняли типичные лапароскопические операции. Общее количество часов работы на тренажёрах составляет 36 часов. 72 часа курсанты проводят в клинике, наблюдая за выполнением плановых и экстренных операций. Преподавателями производится текущий и заключительный контроль знаний курсантов. Среди хирургов, прошедших обучение, мы провели анкетный опрос об эффективности проведённого обучения. Анкеты включали в себя 33 вопроса, в которых курсантам предлагалось оценить исходный и приобретённый уровни знаний и навыков применения лапароскопических и пункционных технологий при различных неотложных хирургически заболеваниях, как после прохождения курса, так и в отдалённые сроки. Оценка проводилась по 10-ти балльной шкале. В диагностике и лечении острого аппендицита знания и навыки улучшились соответственно на 3,4 и 3,5 баллов; при изучении лапароскопического ушивания перфоративной язвы – на 3,8 и 4,1 баллов; при применении лапароскопических операций при острой тонкокишечной непроходимости – на 3,8 и 3,15 баллов, при панкреонекрозе – на 3,0 и 2,25 баллов. При исходных средних значениях в навыках и умениях, оцененных курсантами в 4,45 и 3,25 баллов, средняя оценка знаний и навыков после окончания курса составила 7,6 и 6,4 баллов из 10. Таким образом, средняя самооценка выживаемости знаний после прохождения курса составила около 70%. На вопрос «Если оценивать качество ваших практических навыков: до начала обучения, сразу после прохождения курса, и в настоящее время по 10-балльной шкале, то сколько баллов, по вашему мнению, вы дополнительно получили в настоящее время, после начала

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

активного применения лапароскопических методик в вашей практической работе (сколько баллов вам «не хватило» в процессе обучения)», средний балл составил 5,25, что в сумме с данными после прохождения курса составляет немногим более 10 баллов. При оценке отдалённых результатов обучения, мы просили указать те части курса, которые представляли наибольшую ценность для курсантов. В плане теоретической подготовки ими оказались разбор нестандартных решений в неотложной абдоминальной хирургии, а так же просмотр и обсуждение учебных фильмов (8,4 и 8,0 баллов). В плане практической подготовки таковыми стали отработка стандартных лапароскопических операций на симуляторах, тренажёрах, биологическим материале, и стандартизация методик типичных операций (9,25 баллов). Наиболее полезными навыками курсанты посчитали изучение лапароскопического ушивания перфоративной язвы, стандартной лапароскопической аппендэктомии (8,35 и 7,6 баллов), а так же навыки адгезиолизиса при острой спаечной тонкокишечной непроходимости (6,9 баллов). Таким образом, результатом прохождения курса должны являться преимущественная отработка навыков выполнения нескольких наиболее распространённых операций по стандартной методике, и изучение алгоритмов действия при нестандартных ситуациях, в первую очередь - на основании обсуждения учебных видеofilмов. Полученные в результате анкетирования данные позволили нам усовершенствовать программу курса, уделив большее количество часов наиболее актуальным теоретическим проблемам и акцентируя внимание на получении приоритетных мануальных навыков.

275. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия из печени.

Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б., Батиров Ж.Р.

г.Ош, Кыргызская Республика.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Несмотря на многочисленные сообщения в литературе лапароскопической эхинококкэктомии из печени, остаются дискуссионными вопросы показаний и противопоказаний к применению этого метода, техники выполнения, тактике эвакуации хитиновой оболочки, методов обработки остаточной полости. Целью настоящей работы является оценка эффективности и отдаленных результатов применения лапароскопической эхинококкэктомии из печени. Материал и методы. За последние 5 лет в отделении хирургии №2 Ошской межобластной объединенной клинической больницы 36 больным произведена лапароскопическая эхинококкэктомия

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

из печени. Возраст больных колебался от 18 до 63 лет, но в основном встречался в возрасте 20-40 лет (19 больных). Мужчин было 12, женщин – 24. Диагноз установлен при УЗИ, где указаны точная локализация, размеры и содержимое эхинококковых кист. Размеры эхинококковых кист колебались от 42мм до 86мм, в 34 случаях от 42 до 72 мм. В 8 случаях эхинококковые кисты располагались в левой доле печени (2-3 сегменты), в 8 случаях в проекции 4 сегмента, в 17 случаях в 5 сегменте и в 3 случаях в проекции 6 сегмента правой доли печени. В 27 случаях эхинококковые кисты были однокамерные, без нагноения, в остальных случаях с эхопризнаками нагноения. Необходимо отметить, что в 5 случаях у больных с эхинококковыми кистами печени при УЗИ выявлена желчекаменная болезнь. Всем 36 больным проводили лапароскопическую эхинококкэктомия, которая включала: создание CO²-пневмоперитонеума; введение оптики и инструментов; эхинококкэктомия; обработка и ликвидация остаточной полости. После пункции и эвакуации содержимого кисты в полость вводили 30% раствор NaCl в объеме 2/3 удаленной жидкости, после удаления хитиновой оболочки полость кисты 3-хкратно обрабатывали 96°этиловым спиртом, в последующем дополнительно полость обрабатывали аргонным коагулятором. Во всех случаях остаточную полость абдоминализировали, в полость подводили дренажную трубку и прядь сальника, последний фиксировали к фиброзной капсуле клипсами. У 5 больных с наличием ЖКБ одновременно производили лапароскопическую холецистэктомию с последующей лапароскопической эхинококкэктомией. Результаты и обсуждение. Во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде осложнений не было. Длительность операции колебалась от 30 минут до 90 минут, в среднем длился около 45,5 минут. В 16 случаях производили частичную перицистэктомию, фиброзную капсулу также удаляли через 10мм троакар. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, они вставали через 4-6 часов после экстубации. У 1 больной после операции по дренажной трубке начал выделяться желчь в количестве 50-60 мл, которая удалена на 12 сутки после операции после полного прекращения отделяемого из остаточной полости. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 6,2 к/дня. Отдаленный результат изучен у всех 36 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. Таким образом, при наличии соответствующей лапароскопической установки и подготовленных специалистов, при правильном выборе показаний, лапароскопическая эхинококкэктомия является эффективным методом лечения и считается перспективным, так как в настоящее время он общедоступен, экономически выгоден.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

276. Интервенционная сонография гнойно-воспалительных заболеваний внутренних органов

Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Осумбеков Р.Б.

г. Ош. Кыргызская Республика

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, медицинский факультет ОшГУ

Целью нашего исследования является оценка результатов чрескожного малоинвазивного хирургического лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства под контролем УЗИ. Материал и методы. Нами применены чрескожные лечебные малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем ультрасонографии 1162 больным, которые были выделены на три клинические группы: 1-я группа: 63 больных (5,5%) с гнойно-деструктивными процессами органов грудной клетки; 2-я группа: 571 больных (49,1%) с гнойно-очаговыми заболеваниями органов брюшной полости; 3-ья группа: 528 больных (45,5%) с гнойно-воспалительными заболеваниями органов забрюшинного пространства. Возраст больных колебался от 4 до 82 лет, мужчин – 662, женщин – 500 (56,9 % и 43,1 % соответственно), преобладали преимущественно лица молодого и активного возраста - 20-50 лет (832 больных), что составляет 71,6%. Из 1162 больных в 751 случае (64,6%) встречались абсцессы органов брюшной, грудной полости и забрюшинного пространства. Результаты. Более половины больных поступили в стационар в тяжелом или средне-тяжелом состоянии, обусловленные интоксикацией, сепсисом. Всем больным проведены чрескожные пункции и дренирования гнойно-очаговых образований органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства под контролем УЗИ. Из 1162 больных в 112 случаях применена чрескожная пункция без дренирования, что составляет 9,6%, в остальных случаях применена пункция с последующим дренированием дренажными катетерами (90,4%). Следует подчеркнуть, что в первой клинической группе осложнений и летальных исходов, связанных непосредственно с проведением чрескожных малоинвазивных вмешательств не было. Во второй клинической группе осложнения наблюдались в 13 случаях, что составляет 2,2%, а летальность составила 0,7%. В третьей клинической группе осложнения наблюдали в 2-х (0,3%) случаях, летальность составила 0,2%. Летальность во 2 и 3 группе связана с основным заболеванием и его осложнениями, а непосредственно связанных с проведенными чрескожными манипуляциями не было. Выводы. Таким образом, чрескожные малоинвазивные хирургические вмешательства являются высокоэффективным методом лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства с минимальными осложнениями и летальностью и является альтернативой открытым оперативным вмешательствам.

277. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ FAST TRACK В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Балацкий Д.В., Котов А.П.

с. Ермаковское, Красноярский край

КГБУЗ Ермаковская РБ

С апреля 2014 года в хирургическом отделении КГБУЗ Ермаковская РБ применяется малоинвазивная хирургия и производится освоение концепции оптимального восстановления после операции (ERAS). Цель: изучить возможность применения принципов fast track на уровне районной больницы. Материал и методы. Анализированы ближайшие результаты оперативного лечения 32 больных с различной патологией. Видеолапароскопическая холецистэктомия выполнена 5 больным. Герниопластика по методике TAPP -4 больным, видеоассистированная герниопластика по методике Дарци – 6 больным, герниопластика по Лихтенштейн с использованием минидоступа – 8 человек. Протезирующая герниопластика при послеоперационных грыжах выполнялась с расположением сетчатого протеза sub lay и in lay (всего 8 пациентов). Видеолапароскопическое клипирование яичковой вены – 1 больной. Все пациенты оперированы в день госпитализации. Подготовка кишечника больным не проводилась, в послеоперационном периоде больные получали комбинированную аналгезию, с исключением наркотических препаратов, все пациенты начинали питание и активизированы в 1 сутки после операции. Результаты. Фактическое нахождение пациентов в стационаре после холецистэктомии – 4,3 койко-дня; герниопластика по поводу паховой грыжи – 1,8; послеоперационной грыжи – 5,3; клипирование яичковой вены 1 койко-день. Трудностей преемственности между стационаром и поликлиникой не возникало. У пациентов с отдаленным проживанием в труднодоступных населенных пунктах приходилось продлевать сроки госпитализации. При контрольном осмотре через 15 и 30 дней осложнений не было. Выводы. Применение принципов fast track допустимо на уровне районной больницы, позволяет сократить время пребывания больных в стационаре, не сопровождается увеличением числа осложнений.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

278. Микробиологическая структура у больных инфицированным панкреонекрозом

Галимзянов Ф.В.

Екатеринбург

Областная клиническая больница №1 (ГБУЗ СО "СОКБ №1")

Цель исследования - изучить этиологическую структуру инфицированного панкреонекроза и провести мониторинг антибиотикочувствительности ведущих возбудителей. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 441 больной инфицированным панкреонекрозом, которым выполнены эндоскопические вмешательства. В качестве исследуемых материалов использовали содержимое из зоны воспаления полученное при тонкоигльной пункции и во время оперативного вмешательства. Изучение антибиотикограмм культур проводилось диско-диффузионным методом в соответствии со стандартами NCCLS. Все выделенные штаммы энтеробактерий исследованы методом двойных дисков на наличие бета-лактамаз расширенного спектра. Результаты. Микробиологический материал присутствовал у 188 (42,6%) из 441 человек. У 49 (26%) определялись грамотрицательные, 34 (18,1%) - грамположительные микроорганизмы, 2 (1,1%) из 188 пациентов - грибы. Среди грамотрицательных микроорганизмов заслуживает внимание - Enterobacter Cloacae, где 75% штаммов были полностью резистентны, 25% штаммов были чувствительны к карбапенемам и в том числе к эртапенему. Все штаммы Esherichia coli вырабатывали БЛРС, были чувствительны только к карбапенемам. К последним чувствительны и 71% штаммов Klebsiella pneumoniae, 42% - к триметоприму, 28% - к защищенным антисинегнойным пенициллинам и 14% штаммов к тобрамицину, цефалоспорином 4 поколения, фторхинолоном 4 поколения. Штаммы Acinetobacter baumannii, Serratia marcescens в 100% случаев были чувствительны к карбапенемам. Группа стафилококков в посевах представлена золотистым стафилококком, в 70% случаев - МССА, в 30% - МРСА. Эпидермальный стафилококк чувствителен к оксацилину. в 100% случаев, гемолитический стафилококк (МРСА) - к ванкомицину, линезолиду. Почти половина всех грамотрицательных микроорганизмов приходилось на синегнойную палочку. Из них 35% штаммов являлись панрезистентными, у остальных чувствительность выявлялась к карбапенемам, аминогликозидам, фторхинолонам, к тазоцину. Итак, в структуре основных возбудителей панкреатогенной инфекции существенно возросла роль неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов. Для проведения стартовой эмпирической антимикробной терапии при инфицированном панкреонекрозе можно рекомендовать антибактериальные препараты групп карбапенемов (меропем) и цефалоспоринов 4 поколения (цефепим). При коррекции терапии обязателен учет результатов динамического бактериологического исследования. тезисов не позволяет это сделать!

279.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАДИЦИОННАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, КАКУЮ ИСПОЛЬЗОВАТЬ?

Уханов А.П., Новожилов Е.В, Захаров Д.В., Большаков С.В., Леонов А.И., Полетаева, Д.В., Соболева Л.М., Амбурцумян В.М

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

В данном исследовании анализируются результаты лечения 1340 больных острым аппендицитом находившихся на лечении по поводу острого аппендицита в отделении неотложной хирургии с 2007 по 2014 годы. У 627 больных (46,8 %) предпринята лапароскопическая аппендэктомия и 713 (53,2 %) пациентов оперированы лапаротомным методом. В группе 627 больных острым аппендицитом, оперированных лапароскопически, преобладали деструктивные формы воспаления, в частности у 415 пациентов (66,2 %) отмечен флегмонозный аппендицит, у 103 (16,4 %) - гангренозный и у 66 (10,5 %) пациентов гангренозный перфоративный аппендицит. Простой аппендицит наблюдался у 43 (6,9 %) больных. У 216 больных (34,4%), деструктивный аппендицит было осложнен перитонитом при этом у 130 пациентов (20,7 %) отмечен местный, у 54 (8,6%) распространенный перитонит. При выполнении лапароскопической аппендэктомии антеградная диссекция червеобразного отростка проведена в 460 случаях (73,4 %), у 132 больных (21,1 %) производилось ретроградное удаление и у 35 пациентов (5,6 %) была выполнена комбинированное иссечение аппендикса. Для герметизации культи червеобразного отростка лигирование интракорпоральным швом осуществили у 480 (76,6 %) больных, наложение эндоплетки произвели у 58 (9,3 %), эндоклипирование основания червеобразного отростка выполнено у 89 (14,2 %) пациентов. Независимо от метода обработки проводили обязательную демукозацию культи путем коагуляции слизистой оболочки шаровидным электродом. Показанием к дренированию брюшной полости считаем сомнение в надежности герметизации культи червеобразного отростка, особенно при деструктивных формах аппендицита, вскрытие просвета аппендикса в процессе диссекции или удаление его по частям, наличие периаппендикулярного абсцесса и местного или диффузного перитонита. Среди 627 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия в 32 (5,1 %) случаях осуществлен переход на лапаротомный доступ. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 28 больных (4,5 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 1 (0,16 %), диффузный перитонит у 2 (0,32 %), абсцесс брюшной полости у 14 (2,2 %), нагноение троакарных ран – у 7 (1,1 %), спаечная кишечная непроходимость у 4 (0,6 %) больных. С целью сравнения результатов лапароскопической аппендэктомии был проведен сравнительный анализ с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

исходами операций лапаротомным доступом у 713 больных. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, характеру поражения червеобразного отростка и степени распространения перитонита. Сравнивались следующие показатели, послеоперационная летальность, количество осложнений, средний период пребывания больных в стационаре и средний период временной нетрудоспособности. Проведенные исследования показали, что после лапароскопической аппендэктомии летальных исходов не наблюдалось, в то время как после операции открытым доступом умер один больной (0,01 %). Количество внутрибрюшных абсцессов при выполнении лапароскопической аппендэктомии (28 или 4,5 %) было меньше, чем при открытой аппендэктомии (36 или 5,0 %). В структуре осложнений после эндовидеохирургической диссекции червеобразного отростка отмечено увеличение внутрибрюшных гнойников (2,2 % и 1,4 % соответственно) и уменьшение гнойных осложнений со стороны раны, чем при операциях открытым доступом (1,1 % и 1,8 % соответственно). После эндовидеохирургического лечения в два раза снизилась вероятность такого грозного осложнения, как ранняя спаечная кишечная непроходимость (0,6 % и 1,2 % соответственно). Средний период пребывания больных в стационаре составил $5,2 \pm 0,4$ дня после лапароскопической и $8,7 \pm 0,3$ дня после открытой аппендэктомии ($P \leq 0,05$), период временной нетрудоспособности у больных оперированных эндовидеохирургическим доступом был $23,4 \pm 2,16$ дня, а у больных после открытой аппендэктомии $36,3 \pm 3,4$ ($P < 0,05$). Таким образом, выполнение аппендэктомии эндовидеохирургическим способом имеет ряд преимуществ перед традиционным методом лечения острого аппендицита, так как сопровождается нулевой послеоперационной летальностью, меньшим количеством осложнений, более быстрой послеоперационной реабилитацией и больных и сокращением периода госпитализации больного, уменьшением сроков временной нетрудоспособности. При отсутствии противопоказаний лапароскопическую аппендэктомию следует считать операцией выбора в лечении острого аппендицита и его осложнений. >

280.РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ: ПРИЧИНЫ,
ПРОФИЛАКТИКА, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ
МЕТОДАМИ.

Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Чернявский А.В.,
Колесниченко А.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону
Ростовский государственный медицинский университет.

Цель работы. Определить причины развития осложнений после лапароскопической аппендэктомии и разработать меры их профилактики. В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2005 по 2014 год лапароскопическая аппендэктомия выполнена 6074 больным. Катаральная форма выявлена у 594 (9,8 %), флегмонозная - у 4090 (67,3 %), гангренозная - у 1147 (18,9 %), гангренозно - перфоративная - у 243 (4 %) пациентов. Расположение червеобразного отростка - типичное в 57,4 % наблюдений, тазовое у 25,1 % пациентов, подпечёночное у 12,4 % и забрюшинное у 5,1 % больных. Осложнённые формы острого аппендицита, такие как рыхлый инфильтрат, местный и разлитой перитонит, перфорация отростка, периаппендикулярный абсцесс определены у 30,3 % больных. Показания к открытой операции определяли во время диагностической лапароскопии. Конверсия в 2005 году при лапароскопической аппендэктомии составила 12,4 %, в 2008 г. – 1,3 %, а в 2014 гг. - 1,0%. Результаты. Развитие осложнений отмечено у 1,48 % человек: ранняя спаечная непроходимость - 0,18 % (11 пациентов), абсцесс брюшной полости - 0,2 % (14 больных), внутрибрюшное кровотечение – у 3 пациентов (0,05%), несостоятельность культи червеобразного отростка - 6 % больных (0,1 %). Среди причин развития ранней спаечной непроходимости у 10 пациентов была фиксация петли тонкой кишки к культе червеобразного отростка в виде «двустволки», у 1 пациента - ущемление петли тонкой кишки в контрапертуре, расположенной в правой подвздошной области по передней подмышечной линии (атипичное место для дренирования). При развитии ранней спаечной непроходимости у 7 больных удалось устранить непроходимость видеолaparоскопически, 4 пациентам выполнена лапаротомия. У 9 больных формирующиеся абсцессы брюшной полости ликвидированы с использованием видеолaparоскопии, 4 пациентам выполнена открытая операция, у 1 больного абсцесс Дугласова пространства вскрыт через прямую кишку. При развитии несостоятельности культи червеобразного отростка, закрытие свища произошло самостоятельно через 7-10 дней, инфильтраты и нагноения в области контрапертуры (56 пациентов – 0,92%) ликвидированы консервативными мероприятиями. Причиной внутрибрюшного кровотечения у 3 пациентов было кровотечение из контрапертуры в области дренажа. У 2 больных кровотечение остановлено видеолaparоскопически, 1 больному выполнена лапаротомия. Умер 1 больной в 2005 году, причина смерти - острый инфаркт миокарда, развившийся на 4 сутки послеоперационного периода, летальность в 2005 году составила 0,17%. С течением времени возрастала доля выполнения лапароскопической аппендэктомии у больных с острым аппендицитом: от 86,7 % в 2005 г. до 98 % в 2014 г. Выводы. Технические погрешности при выполнении операции являются одной из причин развития осложнений после лапароскопической аппендэктомии. Для профилактики осложнений необходимо выполнять «укрывание» культи червеобразного отростка прядью большого сальника (в положении больного с опущенными ногами и на правом боку), адекватное дренирование в отлогом месте по задней

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

подмышечной линии, ревизия и тщательный гемостаз контрапертуры в области дренажа.

281. Роль эндоскопических методов в лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Литвинов Б.И., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Дегтярев О.А., Чернявский А.В., Устименко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону
Ростовский государственный медицинский университет.

Цель исследования. Показать эффективность эндоскопических методов лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. Материал и методы. В 2011-2013 гг. в хирургическое отделение ГБСМП г. Ростова-на-Дону госпитализировано 515 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями. Причинами кровотечений являлись – острые язвы желудка у 73 пациентов (14,17%), острые язвы двенадцатиперстной кишки – у 289 больных (56,12%), синдром Мэллори-Вейса – у 43 (8,35%), эрозивный гастрит (дуоденит) у 98 (19,02%) больных, опухоли верхних отделов ЖКТ были выявлены у 12 пациентов (2,3%). Оперативное вмешательство было выполнено всего 55 пациентам (10,68% от общего числа). Из них у 8 (1,55%) операции выполнялись по поводу рецидива кровотечения после эндоскопической остановки кровотечения. У 47 больных (9,1%) при поступлении выявлены признаки продолжающегося кровотечения, этим пациентам выполнены экстренные оперативные вмешательства. У 244 пациентов (47,38% поступивших) выполнили эндоскопическую остановку кровотечения. С целью эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения, выполняем введение вокруг источника кровотечения спирт-адреналиновой смеси, использование аргоно-плазменной коагуляции, электрокоагуляции, комбинирование этих методов. У 224 пациентов (43,5% поступивших) при поступлении на ЭГДС не было признаков продолжающегося кровотечения. Этим пациентам эндоскопические методы используем для профилактики рецидива кровотечения. После выполнения эндоскопического гемостаза, профилактики рецидива кровотечения пациентам проводим терапию ингибиторами протонной помпы, блокаторами H₂-гистаминорецепторов, гемостатическая, антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия, эндоскопические обкалывания препаратами группы репаратантов, по показаниям – трансфузия препаратов крови. Со 2-3 суток с момента

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поступления выполняется местное эндоскопическое лечение язв, эрозий. В случае необходимости при повторных ЭГДС выполняем профилактику рецидива кровотечения вышеуказанными методами гемостаза. Рецидив кровотечения возник в этой группы у 28 пациентов (5,44%). Из них у 20 пациентов (3,88% от общего числа больных) удалось выполнить остановку кровотечения эндоскопическим способом. Восемьмым пациентам (1,55%) выполнено экстренное оперативное вмешательство по поводу рецидивных профузных кровотечений. У 16 пациентов (12,73% прооперированных) в послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения из линии швов желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный геморрагический гастрит и др. Этим пациентам выполнена эндоскопическая остановка кровотечения, т.о. удалось избежать релапаротомии. Хирургическое лечение выполняем при невозможности эндоскопической остановки продолжающегося или рецидивного кровотечения, высокого риска рецидива кровотечения. Выбор интраоперационной тактики основывается на оценке показателей гемодинамики пациента, тяжести сопутствующей патологии, наличием конкурирующих заболеваний, локализации и характере кровоточащей язвы. Прошивание кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки выполняем больным с выраженной сопутствующей патологией или крайне нестабильной гемодинамикой. Радикальные операции (резекция желудка, иссечение кровоточащей язвы с дуоденопластикой) выполняем больным молодого и среднего возраста, имеющим длительный язвенный анамнез, безрезультатную консервативную терапию, без тяжелых сопутствующих заболеваний при стабильных показателях гемодинамики. Летальный исход имел место у 29 (5,63% от общего числа) больных, 82,75% умерших (24 пациента) обратились за помощью позже 24 часов от начала заболевания. В группе прооперированных больных умер 21 пациент, послеоперационная летальность составила 38,18%. Выводы. Таким образом, ведущее место в комплексе лечебно-диагностических мероприятий при желудочно-кишечных кровотечениях занимает эндоскопия. Использование эндоскопических методов лечения позволяет избежать оперативного лечения у 90% больных. Тактика лечения определялась с учетом размеров, локализации, возможного риска рецидива кровотечения, тяжести кровопотери. У больных с высоким риском рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза оперативное лечение выполняется после подготовки, стабилизации состояния больного.

282. Опыт лечения больных с нарушениями желчеоттока в сочетании с дивертикулами БДС

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Литвинов Б.И., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Кулешов О.И., Погребняк И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону
Ростовский государственный медицинский университет

В отделении хирургии МБУЗ ГБСМП города Ростова на Дону в 2010 - 2013г.г. выполнено 180 ЭПСТ, при которых нарушения желчеоттока сочетались с дивертикулами области БДС. Трудности выполнения ЭПСТ и осложнения после её выполнения являются одним из актуальных вопросов хирургии. Всем больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия, установлен дренаж холедоха, произведена фистулография с подтверждением нарушения желчеоттока. Нарушения желчеоттока распределялись следующим образом: стеноз БДС – у 80 (44,4%) больных, холедохолитиаз – у 100 (55,6%). У 135 (75%) больных БДС располагался в полости дивертикула, в нижнем крае, в дне. Множественные дивертикулы выявлены у 45 (25%). Возраст пациентов составил от 17 до 92 лет, из них количество мужчин - 36 человек (20%), женщин - 144 человека (80%). Всем больным с дивертикулами области БДС выполнялась ЭПСТ с применением метода искусственной билиарной гипертензии (ИБГ), устройство для создания которой запатентовано (патент на полезную модель № 43174 от 10.01.2005г.). Показатель успешной канюляции при выполнении ЭПСТ у больных с дивертикулами составил 75% (135 пациентов), им выполнена ЭПСТ типичным способом с применением папиллотомы Демлинга. Трудности канюляции холедоха боковым папиллотомом Демлинга отмечены у 45 больных из 180 (25%). Им выполнена неканюляционная папиллотомия торцевым папилло-томом с последующим «дорассечением» ампулы БДС боковым папиллотомом Демлинга. После выполнения ЭПСТ конкременты под воздействием стерильного физиологического раствора самостоятельно мигрировали в просвет 12-перстной кишки у 75 больных (41,7%). У 19 больных (10,6%) выполнена литоэкстракция конкрементов корзиной Dormia. У 6 больных (3,3%) произведена механическая литотрипсия конкрементов с последующим удалением фрагментов конкрементов корзиной Dormia. Среднее время выполнения ЭПСТ составило 20 (+/- 5) 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 отмечены у 18 больных (10%): панкреатит у 13 (7,2%), кровотечение у 5 пациента (2,7%). 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.

283. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯТРОГЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ.

Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Дегтярев О.А., Бондаренко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону
Ростовский государственный медицинский университет

В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2005 по 2014 гг. выполнено 6529 лапароскопических холецистэктомий по поводу острого холецистита. Повреждения желчных протоков в виде полного пересечения наблюдали у 10 (0,15 %) пациентов. Из них у 8 больных пересечение общего желчного протока диагностировали во время операции, у 2 - в раннем послеоперационном периоде в связи с желчеистечением по дренажам. Основными предпосылками к пересечению общего желчного протока или холедоха были аномальное расположение пузырного протока и артерии, наличие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, наличие пузырно-холедохеального свища. Во время операции подозрение на пересечение общего желчного протока возникали при поступлении желчи из пересеченного протока, верифицировали травму дренированием обеих концов пересеченного протока и выполнением интраоперационной холангиографии. В послеоперационном периоде при выделении желчи по дренажам повреждение общего желчного протока или холедоха установлено при выполнении ретроградной холангиографии. У 3 больных при установленном во время лапароскопической холецистэктомии пересечении общего желчного протока или холедоха сразу выполнили лапаротомию, билиодигестивный анастомоз с сегментом тонкой кишки, выключенным по Ру. Течение послеоперационного периода у одного из этих больных осложнилось профузным кровотечением из ложа желчного пузыря с развитием ДВС синдрома, что привело к летальному исходу. У одной больной через 1,5 года после выполнения операции развилась стриктура в области анастомоза, что было обусловлено ранним удалением транспеченочных дренажей в поликлинике, выполнена повторная операция. Остальным 7 пациентам после установления пересечения холедоха выполнено наружное дренирование как проксимального, так и дистального конца протока. У 5 больных наружное дренирование холедоха выполнено видеолапароскопически, 2 выполнена лапаротомия. Реконструктивная операция (билиодигестивный анастомоз с сегментом

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

тонкой кишки, выключенным по Ру с транспеченочным дренированием желчных протоков) этим больным выполнена через 3 месяца. За это время стенка протока становится толще из-за неминуемого, хотя и клинически и не проявляющегося нарушения желчеистечения и присоединения инфекции (Гальперин Э.И., 2003). При выявлении пересечения желчного протока в послеоперационном периоде, проявляющегося желчеистечением выполняем реконструктивную операцию на 5-7 сутки послеоперационного периода. Признаки перитонита с истечением желчи в брюшную полость являются показанием к срочной операции с наружным дренированием желчных протоков. Транспеченочные дренажи сохраняем в течение 2 лет, меняя трубки 1 раз в 2-3 месяца. Случаев стриктуры анастомоза при сохранении транспеченочных дренажей в течении 2 лет не наблюдали. Выводы. 1. При плотном инфильтрате в области шейки пузыря и невозможности дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки, следует выполнять конверсию. 2. При выявленном повреждении общего желчного протока у больных оперированных по поводу острого холецистита, осложненного желтухой, инфильтратом и т.д., следует выполнять наружное дренирование желчных протоков. 3. Реконструктивную операцию выполнять следует не ранее, чем через 3-4 месяца. 4. В качестве реконструктивной операции предпочтителен гепатикоеюноанастомоз с сегментом тонкой кишки, выключенным по Ру, с длительным транспеченочным дренированием желчных ходов на сменном каждые 2-3 месяца транспеченочном дренаже.

284. Опыт видеолапароскопического лечения острого холецистита.

Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Литвинов Б.И., Турбин. М.В., Чернявский А.В., Устименко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону
Ростовский государственный медицинский университет

В МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2005 по 2014 гг. выполнено 6529 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) по поводу острого холецистита и его осложнений. Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 3591 больного (55,0 %), из них флегмонозный холецистит у 2283 пациентов (34,97 %), гангренозный холецистит – у 655 (10,03 % случаев). Инфильтрат подпеченочного пространства наблюдали у 1698 пациентов (26%). К абсолютным противопоказаниям к ЛСХЭ мы относим разлитой перитонит. В остальных случаях больным выполняется ЛСХЭ. Во

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

время операций больные находятся в положении Фаулера с ротацией на левый бок при давлении CO₂ в брюшной полости 15 мм водного столба и скорости подачи газа 8 л/мин. При наличии у больных явлений сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности давление в брюшной полости снижаем до 10-12 мм водного столба, а скорость подачи газа осуществляем медленно, дозированно, повышая давление в брюшной полости со скоростью 0,5 л/мин. В большинстве случаев для выполнения ЛСХЭ мы используем одновременно три инструмента, каждый из которых проводим через отдельный троакар. Вначале устанавливаем, в основном параумбиликально, видеопорт. После ревизии брюшной полости остальные троакары вводим индивидуально, в зависимости от конституционных и анатомических особенностей пациентов. Дифференцированный подход к установке троакаров для инструментария значительно облегчает манипуляции в брюшной полости при наличии спаечного процесса и воспалительных инфильтратов. При наличии у больных послеоперационных рубцов выполняем «открытое» введение троакара. Из технических особенностей, используемых нами при работе с перивезикальным инфильтратом, также хотелось бы отметить отказ от клипирования пузырного протока и пузырной артерии. Инфильтрированные ткани легко прорезываются клипсами, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Это может привести к развитию нежелательных последствий - желчеистечению и кровотечению в брюшную полость. Исходя из этого, мы вначале обрабатываем пузырный проток и артерию в режиме биполярной коагуляции, а после их пересечения на дистальные отделы накладываем по две петли Редера из рассасывающегося шовного материала. Данный способ дает возможность достигнуть надежного пережатия просвета трубчатых структур. В трудных случаях - при наличии инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который не удастся разделить «тупым» способом, при грубом изменении топографо-анатомических отношений элементов печечно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало, мы выполняем ЛСХЭ в лапароскопической модификации «от дна». При этом желчный пузырь пересекаем в области шейки, выделяем из ложа тело и дно желчного пузыря и удаляем, а затем мобилизуем пузырный проток. Дренажирование подпеченочного пространства мы также осуществляем через расширенный латеральный порт. В брюшную полость при помощи корнцанга под контролем лапароскопа вводим полихлорвиниловую трубку и перчаточную резинку, которые при помощи граспера устанавливаем к ложу желчного пузыря. Дренажную трубку удаляем на 1-2 сутки послеоперационного периода, а перчаточный дренаж на 3-6 сутки. Интраоперационная холангиография (ИОХГ) была выполнена 80 % пациентов. Показаниями к выполнению являются: механическая желтуха в анамнезе, гипербилирубинемия, холедохолитиаз; расширение холедоха свыше 7 мм; желчная гипертензия; расширение пузырного протока свыше 3 мм; наличие мелких (менее 5 мм) конкрементов желчного пузыря; синдром Мириizzi, сложность идентификации пузырного протока и гепатикохоледоха; выраженный инфильтрат гепатодуоденальной связки; острый холангит; острый или хронический панкреатит. Дренажирование холедоха производим по Холстеду - Пиковскому через культю пузырного протока мочеточниковым катетером № 4-7. Дренаж фиксируем к культе протока кетгутовой петлей Редера. Контрастирование выполняем

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

водорастворимым контрастом (урографин, тразограф и т.д.) в разведении физиологическим раствором 1:1. Дренирование холедоха и выполнение ИОХГ при отработанной методике занимает 7-10 минут (разработан патент на изобретение методики дренирования). Перфорации катетером общего желчного протока отмечено не было. При выполнении ИОХГ были получены следующие результаты. Холедохолитиаз был диагностирован у 783 (11,99) % пациентов. Стриктуры терминального отдела холедоха и папиллостеноз наблюдались 13,49 % (881 случай). Сочетание холедохолитиаза и стриктур холедоха отмечено в 8,1 % наблюдений. При диагностировании патологии внепеченочных желчных путей выполняем ЭПСТ, литоэкстракцию в отсроченном периоде (через 3-5 дней после купирования воспалительных явлений). Конверсия выполнялась в 1,0 % случаев. Основными причинами конверсии являлись: наличие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, неразделяемого лапароскопически, кровотечение, не останавливаемое эндохирургическими методами, ятрогенные повреждения холедоха. В послеоперационном периоде мы наблюдали осложнения у 3% пациентов (196 больных), в том числе - наружный желчный свищ у 1,5 % пациентов (как правило это пациенты которым не удалось дренировать холедох и потребовалось выполнить ЭПСТ), абсцессы брюшной полости - 0,1 %, эвентерация в области контрапертуры - 0,2 % больных. Умерло 1,2 % пациентов. Причина смерти - сердечно-сосудистая патология. Выводы: 1. На современном этапе развития хирургии лапароскопическая холецистэктомия является стандартом оперативного лечения у больных с острым холециститом. 2. Спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости и рыхлый подпеченочный инфильтрат не являются противопоказаниями к ЛСХЭ. 3. Больным с острым холециститом ИОХГ предпочтительней дооперационного выполнения РПХГ. 4. При диагностировании у больных патологии внепеченочных желчных путей необходимо максимально использовать возможности миниинвазивных технологий.

285.К вопросу об эффективности и сравнительной оценке непосредственных результатов хирургических и эндоскопических методов лечения осложненной опухолевой обструкции желчных протоков.

Балалыкин А. С., Свергуненко С. С., Саввин В. Ю., Гвоздик Вл. В., Амеличкин М. А., Муцуров Х. С.

Москва, Красногорск.

ФГБУ "З ЦВКГ им.А.А.Вишневого" МО РФ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! Актуальность. Традиционный хирургический метод лечения опухолей панкреатобилиарной зоны, осложненных желтухой и холангитом, в виде операции панкреатодуоденальной резекции остается методом выбора в лечебных учреждениях РФ. Особое внимание в XXI веке в качестве радикальной операции привлекает лапароскопический способ этой операции, эффективность которого демонстрирует ряд авторов (Хатьков И.Е.) В то же время отмечено широкое использование в ряде учреждений эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, а именно, стентирование, особенно металлическими саморасширяющимися стентами, явилось новым конкурентным направлением в решении этой проблемы. Материал. Работа основана на сравнительной оценке непосредственных результатов лечения больных с осложненными опухолевыми обструкциями желчных протоков традиционными хирургическими операциями (66 пациентов) и эндоскопическими вмешательствами (140), среди которых были стентирования пластиковыми (99) и металлическими саморасширяющимися стентами (41) в сочетании с другими видами операций (ЭПТ, НБД). Результаты. Проведение паллиативных хирургических операций сопровождалось развитием осложнений у 12 (18%) из 66 больных, потребовавших у 13 (19.7%) из них релапаротомии. Причем, после выполнения обходных анастомозов осложнения имели место у 7 (16.7 %), а паллиативных панкреатодуоденальных резекций – у 5 (24.4 %) больных, а летальность, соответственно, 13.3% и 15.5% (умерло всего 9 больных). Средний койко-день пребывания больных в послеоперационном периоде составил 35.4 и колебался в пределах 3-113 дней. Эндоскопические вмешательства оказывались успешными у 94% больных, причем у 16.9% они были выполнены в 2-3 этапа. В ближайшем послеоперационном периоде у 8 % пациентов развились осложнения: миграция стента, кровотечение из разреза папиллы, холангит, которые были устранены эндоскопически. Койко-день в послеоперационном периоде колебался в пределах 3-18к.д. Особый фактор - у 11% пациентов вмешательства выполнялись амбулаторно. Летальных исходов, обусловленных проведением операций, не было. У пациентов с осложнениями предлагается 2-этапное лечение: для ликвидации последних его целесообразно начинать с постановки пластиковых стентов и НБД. После ликвидации осложнений и основания определяется тактика лечения: хирургические операции или стентирование, причем установка пластиковых стентов предполагает их замену с интервалом в 3-5 мес. У 1-ой пациентки пластиковый стент не менялся 3 года. Стентирование желчных протоков при опухолевых обструкциях как самостоятельный метод лечения целесообразно выполнять металлическими саморасширяющимися стентами с синтетическими покрытиями, предотвращающим прорастание опухоли и рецидив непроходимости протоков. Несмотря на дороговизну, нитиноловые стенты эффективнее пластиковых. После ликвидации осложнений эндоскопическим методом и тщательном обследовании больные могут быть подвергнуты радикальным хирургическим операциям. Резюме. Стентирование опухолевых обструкций желчных протоков пластиковыми и металлическими стентами - современный эффективный способ восстановления их проходимости и естественного желчеистечения и ликвидации осложнений, альтернативный традиционным хирургическим паллиативным операциям. Метод может

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

быть и самостоятельным в лечении больных и способом предоперационной подготовки к радикальным операциям.

286. Эндоскопическая хирургия осложненных обструкций желчевыводящей системы.

Балалыкин А.С., Муцуров Х.С., Саввин В.Ю., Давыдов А.А., Гвоздик В.В., Гусева А.В., Клевцевич А.В.

Краснознаменск, Московская область

Филиал №4 ФГБУ "ЗЦВКГ им.А.А.Вишневого" МО РФ

Таблицы 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, холангит). 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 желчеистечения 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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 проводиться в амбулаторных условиях. Недостатками эндохирургии является дороговизна инструментов и, естественно, операций, и необходимость замены стентов.

287. Профессор Иосиф Давидович Прудков – основоположник мировой эндоскопической хирургии

Балалыкин А.С., Балалыкин Д.А., Давыдов А.А., Клевцевич А.В., Сторожилов В.А., Калашников А.А., Чурсин В.В.

Краснознаменск, Московской области

Филиал №4 "ЗЦВКГ им. А.А.Вишневого" МО РФ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В истории российской хирургии немало примеров, когда прекрасные идеи гибли на корню, не воспринимались ни коллегами, ни организаторами здравоохранения, не получали признания и поддержки и, в лучшем случае, приобретали жизнь слишком поздно для изобретателей. В XX – XXI вв медицинский мир переживает эпоху расцвета лапароскопической хирургии, ставшей в ряде клиник страны альтернативной хирургии традиционной. В свете этого вспоминается встреча с единомышленником, ушедшим далеко вперед мыслями и делом. Доктор Прудков И.Д. из Свердловска в клинике В.С.Савельева в 1971г сделал сообщение о лапароскопических « операциях» (в скобках взято осознанно) – органостомиях и вмешательствах через стому. Он даже подарил Балалыкину А.С. спиралевидную иглу для холецистостомии, самоделку из «воздушки». Сообщение И.Д.Прудкова кафедральным обществом было воспринято дипломатично, с улыбкой - хирург без проблем может наложить стому на любой орган...Но И.Д.Прудков в этих операциях увидел начало будущей хирургии. Цель сообщения – напомнить хирургической общественности, что основоположником мировой эндоскопической хирургии является Иосиф Давидович Прудков – российский хирург из Свердловска. Исследованиями Аминова А.М., Орловского А.С., Елизаровского С.И., Орлова Г.А., Гаспаряна И.Г., Можайского Е.Д., Пантюшенко Т.А., Дорофеева Н.М., Логинова А.С., Нарциссова Т.В., Харьковского Н.Н., Васильева Р.Х. и других авторов закончилась в 60-е годы эпоха «консервативной» диагностической лапароскопии. Золотым веком отечественной лапароскопии стали 60-70 годы, когда были заложены основы лапароскопической хирургии и российская хирургия заняла ведущие позиции в мире в развитии этого нового направления. Этим достижением российская хирургия обязана работам профессора Иосифа Давидовича Прудкова, который в Свердловске создал научную школу и новое направление - малоинвазивную хирургию. В 1975 г он защитил докторскую диссертацию «Лапароскопический метод гастростомии, еюнотомии, холецистостомии и колонотомии» и опубликовал более 50 научных работ, которые легли в основу будущей монографии «Очерки лапароскопической хирургии» (1985). Суть работ И.Д. Прудкова состоит в том, что он, во-первых, разработал и показал клиническую эффективность различных видов лапароскопических органостомий, являющихся методом лечения различных заболеваний и их осложнений, и, во-вторых, органотомии, включавшие вскрытие органа, внутриорганные вмешательства и, наконец, ушивание раны полого органа. Теоретические основы лапароскопической хирургии по И.Д. Прудкову состоят в следующем. « ... Хирургический доступ является общим как для диагностического этапа операции, так и для выполнения основного оперативного приема ...особенности доступа, необходимого для свободного выполнения каждого из этих этапов, могут и не совпадать ... интраоперационная ревизия ... охватывает всю брюшную полость, в то время как доступ для выполнения основного оперативного приема должен обеспечить уверенное манипулирование в очень небольшой по объему его части. Применение лапароскопии позволяет выполнять диагностический этап операции и оперативный прием из разных доступов ... причем с «нанесением минимальной травмы». Преимущества операций под контролем лапароскопии И.Д. Прудков обосновывает исходя из критериев качества хирургического доступа, которые согласно исследованиям А.И.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Созон-Ярошевича включают направление осмотра операционного действия, глубины раны, углов операционного действия и наклона его оси и зоны доступности. Лапароскопические операции по мнению И.Д. Прудкова по сравнению с хирургическими имеют и преимущества (увеличение угла операционного действия и обзора, меньшая травматичность и т.д.), и недостатки (увеличение глубины операционного воздействия из-за пневмоперитонеума, фиксированность инструментов, сложность и специфичность выполнения операционных приемов) Схема операции по И.Д. Прудкову включает доступ (прокол, небольшой разрез), диагностический этап (лапароскопическая ревизия), доступ к объекту операции (дополнительный прокол, разрез и подтягивание объекта к ране), операционный прием и завершение операции (контрольная лапароскопия, ушивание ран и проколов). Ограничения лапароскопических операций во времена И.Д. Прудкова состояли в несовершенстве оборудования и инструментов (до примитивности), которые и определяли простоту операций на подвижных органах Решение этих проблем в 90-е годы определило прогресс лапароскопической хирургии и становление ее как альтернативы классической традиционной хирургии. Создавая концепцию нового направления в хирургии, И.Д. Прудков определил проблемы, без решения которых лапароскопическая хирургия невозможна: высокий профессионализм хирургов и большой опыт традиционной хирургии; необходимость и обязательность проведения лапароскопических операций в специализированных учреждениях, где частота их проведения будет высокой, определил состав операционной бригады и функции каждого ее участника, указал правила выбора точек для введения троакаров; предложил создание пневмоперитонеума не через иглу Вереша, а с помощью троакара; разработал принципы выбора места для хирургического доступа и его особенности (прокол, разрез до 3-4 см) в зависимости от целей и характера операции. Лапароскопические органостомии по И.Д. Прудкову широко применяются уже более 40 лет даже в небольших лечебных учреждениях нашей страны, обеспечивая улучшение результатов лечения острых хирургических заболеваний. Благодаря сочетанному применению лапароскопической холецистостомии по И.Д. Прудкову и эндоскопических чреспапиллярных операций в 70-е годы был разработан и получил широкое распространение и в клинике В.С.Савельева метод комплексного лечения осложненной желчекаменной болезни и панкреатита И так, профессор И.Д. Прудков внес огромный вклад в развитие нового направления в хирургии – эндоскопической хирургии. Сотни успешно проведенных им лапароскопических операций с помощью простейшего оборудования и инструментов подтвердили большие перспективы эндоскопической хирургии, а его основателя мы можем считать пионером эндохирургии. Его идеи отразили в диссертационных работах ученики (Ходаков В.В,1977; Савченко Н.Ф,1978; Прудков М.И.1984;Торосян Р.Т1986;Луговкина Т.К.1986;Мальшко Е.В.1986 и др.) и восприняли многие клиники России.

288. Опыт выполнения TAPP с использованием эндопротеза 3D MAXX.

Греасов В.И., Чугуевский В.М., Иванов С.А.

г.Ессентуки

ГБУЗ СК «Ессентукская ЦГБ»

Лечение наружных грыж паховой области остается актуальной проблемой хирургии. До настоящего времени не найдено метода хирургической коррекции в полной мере удовлетворяющих клиницистов. Продолжается активный поиск оптимального оперативного доступа и различных по своему материалу и структуре имплантатов. Одной из особенностей некоторых современных эндопротезов является возможность их применения без дополнительной фиксации к окружающим тканям. Цель работы : оценка особенностей оперативной техники паховой аллогерниопластики без фиксации эндопротеза и ближайших клинических результатов. Материалы и методы : в хирургическом.отделении № 1 ГБУЗ СК «Ессентукская ЦГБ» в 2014 г было выполнено 82 оперативных вмешательства методом TAPP по поводу паховых грыж. Мужчин было -75, женщин — 7. Средний возраст пациентов колебался от 16 до 82. В 49 случаях имела место косая паховая грыжа, в 26 - прямая, по поводу двусторонней паховой грыжи выполнено - 7 вмешательств. У 4 больных были симультанные вмешательства: герниопластика с холецистэктомией в 3 случаях, с лапароскопической герниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи в 1. Этапы оперативного вмешательства не отличались от традиционных, включали в себя – доступ к грыжевым воротам с ревизией брюшной полости, мобилизация брюшины с выделением грыжевого мешка, установка сетчатого эндопротеза, перитонизацией эндопротеза. Для аллопротезирования, использовалась сетка 3D MAXX фирмы Bard 10x15 см. Фиксация эндопротеза в 3 точках была применена в 2 случаях при больших дефектах в области медиальной ямки с помощью герниостеплера Protack. У остальных больных фиксация не выполнялась. При значительной площади диссекции тканей необходимой для выделения грыжевого мешка, при двусторонней грыже - проводили дренирование брюшной полости. У пациентов с пахово-мошоночных грыжами (IIIB Nyhus1993), дополнительно дренировали мошонку. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила 4 суток. Для купирования болевого синдрома использовались в 1сутки ненаркотические анальгетики. На 2-3 сутки большей части пациентов обезболивание не требовалось. Среди интраоперационных осложнений, с которыми мы встречались, следует отнести – ранение нижней надчревной артерии в 1 случае (лапаротомия – гемостаз), повреждение семявыносящего протока в 1 наблюдении при пахово-мошоночной грыже. В 3 случаях, после ревизии паховой области, в виду

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выраженного спаечного процесса после ранее перенесенных операций на нижнем этаже брюшной полости, выполнена операция Лихтенштейна. В ближайшем послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: кровотечение из троакарной раны с развитием гемоперитонеума (релапароскопия, гемостаз), отек и гематомы семенного канатика и мошонки в 8 случаях, купированных консервативными мероприятиями. Заключение : применение эндопротез 3D МАХХ имеет ряд преимуществ перед остальными, так как он обладает эффектом памяти формы, которая повторяет анатомию паховой области, размеры позволяют надежно закрыть все слабые места паховой и бедренной области. Разметка протеза позволяет быстро и правильно установить его. Отсутствие необходимости в фиксации снижает риск повреждения сосудов и нервов, что ведет к уменьшению интенсивности болей, сокращает пребывание пациента в стационаре и способствует его ранней реабилитации и восстановлению трудоспособности.

289.Эндоскопическая резекция слизистой оболочки при латерально распространяющихся опухолях толстой кишки

Заикин С.И.

Ленинск-Кузнецкий

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»

Латерально распространяющиеся опухоли (LST) толстой кишки в настоящее время все чаще диагностируются с помощью хромоколоноскопии. В многочисленных публикациях зарубежных и единичных публикациях отечественных авторов показано, что эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС) при LST являясь безопасной и эффективной лечебной процедурой, в том или ином проценте случаев сопровождается осложнениями: кровотечение, перфорация, рецидив. Цель. Оценить эффективность и безопасность ЭРС при LST, определить независимые факторы риска развития осложнений при ЭРС для LST. С февраля 2007 по ноябрь 2012 года удалено 208 LST у 197 пациентов в возрасте от 18 до 89 лет (57,8±12,6 лет). Мужчин было 84(43,3%), женщин – 113(56,7%). Тотальная хромоколоноскопия с помощью CF-V70L (Olympus, Япония) и ЭРС выполнена одним эндоскопистом. ЭРС включала: подслизистое введение жидкости (5% раствор глюкозы) иглой NM-220L («Olympus», Япония), удаление петель SD-16U-1 («Olympus», Япония) или авторским устройством (Патент РФ №2308902, 2007). Эндоскопический контроль осуществлялся в

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

3, 6, 12 и 24 месяца. За один сеанс было удалено 208 LST. Из них LST-NG – 48(23,1%), LST-G – 160(76,9%). Размер LST: от 11 до 20 мм – 154(74,0%); более 20 мм – 54(26,0%). В слепой кишке находилась 41(19,7%) LST, в восходящей ободочной кишке – 54(26,0%), в поперечной ободочной кишке – 22(10,6%), в нисходящей ободочной кишке – 15(7,2%), в сигмовидной ободочной кишке – 55(26,4%), в прямой кишке – 21(10,1%). Гистологическое исследование выявило в 136 (65,4%) LST тубулярную аденому, в 36(17,3%) – тубулярно-ворсинчатую аденому, в 13(6,2%) – ворсинчатую аденому и в 23(11,1%) – аденокарциному sm1. При ЭРС одним блоком удалено 184(88,5%) LST, «по частям» – 24(11,5%). Среди осложнений ЭРС было 5 (2,4%, n=208) случаев кровотечений, из них 3 случая при удалении опухоли «по частям» ($\chi^2=5,38$, $p=0,020$). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Рецидив опухоли отмечен в 12 (5,8%, n=208) случаях, в среднем через $7,2\pm 4,8$ месяцев. При однофакторном анализе установлено, что рецидив был связан с размером LST более 20 мм, малигнизацией опухоли и резекцией «по частям», в то время как кровотечение и все осложнения были связаны с резекцией «по частям», размером опухоли более 20 мм и негранулярным типом роста. С помощью метода логистической регрессии обнаружено, что суммарно осложнения были независимо связаны с размером LST более 20 мм (ОШ: 5,8; 95% ДИ: 1,7-20,0; $p=0,005$). ЭРС при LST – эффективная и безопасная процедура с низким процентом осложнений и рецидивов. Размер LST более 20 мм является независимым фактором риска развития осложнений.

290. Применение лапароскопии в комплексном лечении больных панкреонекрозом.

Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е., Уткина А.А., Коровкин Д.В.

Ярославль

Ярославский государственный медицинский университет

У 250 больных в комплексном лечении панкреонекроза применялась лапароскопическая санация брюшной полости. У 175 больных (70,02%) на момент поступления имелись признаки системной воспалительной реакции, у 39 (15,6%) была полиорганная недостаточность. У 107 больных отмечалось прогрессирование патологического процесса, потребовавшее дополнительных хирургических вмешательств (лапаротомия, вскрытие забрюшинного пространства, пункции под УЗ-контролем). Всем больным в комплексном лечении применялись сеансы гипербарической оксигенации.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

В 63% случаев лапароскопическая санация привела к клиническому выздоровлению. Установлено, что после применения лапароскопической санации частота SIRS снизилась на 78%, а ПОН на 67,9%. Общая летальность составила 10,8%. Для выявления механизмов лечебного эффекта лапароскопической санации были проведены специальные исследования на предмет определения токсических соединений промежуточного метаболизма, содержащихся в перитонеальном выпоте и плазме крови при помощи метода газожидкостной хроматографии. В результате проведенных исследований в перитонеальном выпоте и в плазме крови больных деструктивным панкреатитом выявлены токсические соединения: ацетальдегид, пропионовый альдегид, ацетон, н-масляный альдегид, этиловый спирт, изовалериановый альдегид, диацетил, н-валериановый альдегид, н-пропиловый спирт, метилизобутилкетон, изобутиловый спирт, метилбутилкетон, н-бутанол, гептанол, изокапроновый альдегид. Установлено, что при геморрагическом панкреонекрозе концентрация этих соединений в плазме крови превышает физиологическую норму в 3-19 раз. При оценке эффективности лапароскопической санации выявлено, что элиминация токсических соединений определяется продолжительностью заболевания, количеством перитонеального выпота и формой панкреатической деструкции. Установлено, что степень элиминации токсических соединений из плазмы крови непосредственно влияет на снижение частоты SIRS и ПОН у данного контингента больных. Таким образом, лапароскопическая санация является обязательным компонентом в комплексном лечении деструктивного панкреатита. Детоксикационный эффект этого метода связан с выведением из брюшной полости токсических соединений промежуточного метаболизма.

291.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Плаксин С.А., Черкасов В.А.

Пермь

ГБОУ ВПО "Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера" Минздрава России

Эндоскопические технологии устойчиво заняли лидирующее положение в оперативном лечении торакальных травм, сократив количество торакотомий в два раза. В торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы с 2009 по 2013 годы находилось на лечении 683

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пострадавших с повреждениями грудной клетки. В 77,6% случаев имела место закрытая травма груди, у 22,4% больных проникающие ранения. Причины тупых торакальных травм изменились в последние десятилетия. Бытовые механизмы отмечены более, чем у половины пострадавших (51,2%), транспортная травма у трети (34,4%), кататравма – у 12,6%, производственные травмы у 1,6% больных. Плевральные проявления в виде пневмоторакса и гемоторакса диагностированы в 383 случаях (56,1%). Дренажирование плевральной полости предпринято только у 87 больных (22,5%). Учитывая факт, что неотложная помощь оказывалась в специализированном отделении дежурным торакальным хирургом, 296 пострадавшим (77,3%) этой группы при поступлении в стационар выполнена видеоторакоскопия. Торакотомию сделали только при признаках массивной геморагии и гемоперикарда, повреждениях пищевода, трахеи, разрывах диафрагмы 62 пострадавшим (8,8%). Видеоторакоскопию выполняли при удовлетворительном или средней тяжести состоянии больного из стандартных точек. При пневмотораксе в 137 случаях ограничили направленным дренированием, в пяти ушиванием ран легкого, в трех атипичной резекцией легкого, в пяти вскрытием напряженной медиастинальной эмфиземы. При гемотораксе 68 больным удалили жидкую кровь из плевральной полости, 37 – свертки крови. Кроме того двум пациентам эндоскопически ушиты раны диафрагмы, и еще двоим удален фрагментированный плеврит. Гемостаз был достигнут коагуляцией ран легкого и сосудов грудной стенки, ушиванием ран легкого. Для герметизации ран и разрывов легкого использовали также электрокоагуляцию, ушивание и аппаратную краевую резекцию легкого, плевродез висцеральной и париетальной плевры трихлоруксусной кислотой. Эндоскопически удалось добиться устойчивого аэро- и гемостаза у 270 пострадавших (92,3%). К конверсии в торакотомию пришлось прибегнуть у 26 больных (7,7%) для лигирования межреберных и внутренних грудных артерий (5), ушивания ран легкого (4), ушивания ран и разрывов диафрагмы (4), атипичной резекции легкого (3), удаления свернувшегося гемоторакса с декортикацией легкого в поздние сроки (3), ушивания раны аорты (1), перикардостомии (1). Летальность составила 3,7%. За последние 4 года число видеоторакоскопий увеличилось по сравнению с предыдущим десятилетием с 37,7% до 42,1%. Таким образом, плевральные проявления травмы груди встречаются более, чем у половины пострадавших. Видеоторакоскопия является методом выбора при отсутствии массивного внутриплеврального кровотечения, ранений сердца и крупных сосудов, повреждений пищевода, трахеи и бронхов, обширных разрывов диафрагмы и легкого, позволяя добиться устойчивого аэро- и гемостаза.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

292. Продольная резекция желудка: изолированная операция или в сочетании с билиопанкреатическим шунтированием – сравнительная оценка результатов

Ю.И.Яшков, Н.С.Бордан, О.Э.Луцевич, О.В.Ивлева

Москва

Центр Эндохирургии и литотрипсии (руководитель - А.С.Бронштейн)

Материалы и методы. Проведена сравнительная оценка результатов двух основных применяемых нами видов операций в группах в зависимости от исходного индекса массы тела (ИМТ). В исследование включены 236 пациентов, перенесших лапароскопическую продольную резекцию желудка (ПРЖ) и 442 пациента, перенесших билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в модификации Hess-Marceau (все- открытые операции). % потери избыточной массы тела (%EWL) после ПРЖ и БПШ анализировали в сопоставимых группах: ИМТ < 35 (ПРЖ -39); ИМТ- 35-39,9 (ПРЖ-79, БПШ-44), ИМТ 40-44,9 (ПРЖ- 62 БПШ-117), ИМТ 45-49,9 (ПРЖ-35 БПШ-128) ИМТ 50-59,9 (ПРЖ-21 БПШ-121), ИМТ >60 (БПШ- 32). В исследование не включены повторные операции, а также малочисленные когорты больных: для ПРЖ – пациенты с ИМТ > 60, для БПШ- пациенты с ИМТ < 35. Результаты. К 2 годам снижение МТ в общей когорте составило 72,8 % после ПРЖ и 79,3 % - после БПШ. К 5 годам этот процент был соответственно 58,4 и 73,7. Наилучшая потеря веса после ПРЖ в сроки наблюдения до 5 лет отмечена у пациентов с ИМТ менее 35, это результат был сопоставим с потерей МТ после БПШ в группе больных с ИМТ 35-40. В остальных группах больных, перенесших ПРЖ, отмечена отчетливая тенденция к уменьшению %EWL после 2 лет. Во всех сравниваемых весовых группах результаты БПШ были более значимыми и стабильными, чем после ПРЖ. К 18 месяцам после и ПРЖ, и БПШ %EWL был прямо пропорционален исходному ИМТ, к 5 годам % EWL был сопоставим во всех весовых группах после БПШ, но сильно различался у больных, перенесших ПРЖ: у пациентов с ИМТ свыше 45, перенесших ПРЖ, уже к 3 годам наблюдалась наиболее отчетливая тенденция к восстановлению веса. Госпитальная летальность: при ПРЖ – 0, при БПШ- 0,39%, частота послеоперационных осложнений соответственно составила 4,3% после лапароскопической ПРЖ и 4,7% - после открытой БПШ, однако частота несостоятельности швов при лапароскопической ПРЖ была выше, чем при открытой ПРЖ, выполненной в ходе БПШ (2,3% против 0,7%). При открытых операциях БПШ частота послеоперационных грыж составила 13,5 %, при лапароскопических ПРЖ грыж не наблюдали. Компенсация сахарного диабета 2 типа достигнута у 70 % после ПРЖ и у 98,6 % после БПШ. В отличие от ПРЖ, после БПШ достижение нормохолестеринемии было вполне предсказуемым эффектом операции. После БПШ, в отличие от ПРЖ отмечены случаи белковой недостаточности (4%), нарушений кальциевого обмена, в связи с чем у 20 (3,7 %) больных потребовалось выполнение восстановительных операций. Заключение. Лапароскопическая ПРЖ – малоинвазивная операция, обеспечивающая предсказуемое снижение МТ при малой частоте осложнений. БПШ за счет шунтирующего компонента обеспечивает более выраженный и стабильный

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

результат, по сравнению с ПРЖ, во всех весовых группах. Риск ранних осложнений после лапароскопической ПРЖ и открытом БПШ сопоставим. После ПРЖ наилучшие результаты отмечены у пациентов с ИМТ менее 35. В остальных весовых группах больных, перенесших ПРЖ, особенно при сверхожирении, наблюдалась отчетливая тенденция к восстановлению МТ после 2 лет наблюдения. БПШ обеспечивает более выраженное и более устойчивое снижение МТ во всех весовых группах: %EWL к пяти годам приближался к 70%, в то время как в группе ПРЖ вероятность рецидива ожирения зависела от исходной ВМІ-группы. БПШ является операцией выбора у больных с сахарным диабетом 2 типа и гиперхолестеринемией. Все пациенты – кандидаты на ПРЖ- особенно с ИМТ свыше 45, должны предупреждаться о возможности рецидива ожирения и второго этапа оперативного лечения.

293.Использование релапароскопии при лечении больных с осложненными формами острого аппендицита.

Захаров Д.В., Уханов А.П., Прилуцких Ю.А., Смирнов В.Н, Жилин С.А., Новожилов Е.В., Большаков С.В.

Великий Новгород

ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница.

Лапароскопическая аппендэктомия с 2007 по 2013 г.г. выполнена у 1125 человек, при этом осложненные формы острого аппендицита (аппендикулярный перитонит; рыхлый периаппендикулярный инфильтрат или абсцесс) зарегистрированы у 448 больных, что составило 39.8%. Повторные вмешательства в виде релапароскопии произведены у 34 больных - 7.6%. Условно, методику релапароскопии разделяем на раннюю - программируемую и позднюю – ралапароскопию по требованию. Показанием для использования релапароскопии по требованию считали формирование в послеоперационном периоде внутрибрюшного абсцесса. В нашей практике, подобное осложнение зарегистрировано у 12 больных. Для санации и дренирования внутрибрюшного абсцесса релапароскопия по требованию использована у 7 больных. Во всех случаях, во время операции отмечались значительные технические сложности, из-за выраженных воспалительно-инфильтративных изменений органов и тканей входящих в состав абсцесса. С целью улучшения результатов эндовидеохирургической аппендэктомии у больных с осложненными формами острого аппендицита, с 2009 года используем методику программируемой релапароскопии. За это время, методика

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

программируемой релапароскопии использована у 27 больных с острым осложненным аппендицитом, когда в ходе лапароскопической аппендэктомии выявлялись выраженные воспалительно-деструктивные изменения в брюшной полости. Перфоративный аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат или абсцесс, а также распространенный гнойный перитонит являлись наиболее частыми причинами для послеоперационных осложнений. Показанием для программируемой релапароскопии считали «негладкий» ранний послеоперационный период в этой группе больных. Решение в пользу релапароскопии, хирург принимает наблюдая в первые дни после операции гноетечение по дренажу, сохранение болезненных ощущений при пальпации правой подвздошной ямки, лихорадку свыше 38,0 утром и вечером, тахикардию более 90 ударов в минуту, увеличение частоты дыхания в покое свыше 20 в минуту, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличенное СОЭ. Вышеперечисленные признаки, являлось поводом к проведению программируемой релапароскопии в этой группе больных, в течении первых 24-48 часов после эндовидеохирургической аппендэктомии. Ранние сроки проведения программируемой релапароскопии диктуют следующие моменты: легкость удаления фибринозных напластований с кишечных петель и париетальной брюшины, бескровное разделение рыхлых фибринозных сращений между петлями кишечника, а также возможность эвакуации остатков экссудата из отлогих мест брюшной полости. 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 культи 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 культи 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 27 больных, у которых использовалась методика программируемой релапароскопии в 22 случаях достаточным оказалось проведение одной повторной эндовидеохирургической санации брюшной полости. У пятерых пациентов потребовалось проведение 2-х сеансов санационной релапароскопии. В одном случае из-за недостаточности лигатуры отростка потребовалась конверсия к лапаротомии. У большинства больных после санационной релапароскопии нормализация самочувствия отмечалась в течение первых 2-х суток. В срок до 10 суток выписаны 24 пациента, за счет быстрого купирования воспалительной реакции после релапароскопии. Выводы: В нашей практике одним из методов позволивших улучшить результаты эндовидеохирургического лечения больных с осложненными формами острого аппендицита стала методика релапароскопии. Использование релапароскопии позволяет сохранить все преимущества эндовидеохирургической технологии, способствует

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сокращению стационарного пребывания, сроков реабилитации и периода временной нетрудоспособности.

294.Первый опыт эндоскопического дренирования и санации у пациентов с абсцессами брюшной полости, забрюшинного пространства и клетчатки таза.

Агапов М.Ю, Гроссман С.С., Кречотень А.А., Рыжков Е.Ф., Барсуков А.С.

Владивосток

Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО "РЖД"

Цель: Дать оценку первого опыта применения гибкой эндоскопии в лечении пациентов с абсцессами брюшной полости, забрюшинного пространства и клетчаточных пространств таза. Ретроспективно оценены результаты эндоскопического лечения 8 пациентов (Ж-4, М-4) с абсцессами брюшной полости (1) и забрюшинного пространства (4) и абсцессами (1) или флегмонами (2) клетчаточных пространств таза. В одном случае причиной образования абсцесса было недостаточность анастомоза культи желудка после вертикальной гастропластики, в одном – операция низкой передней резекции прямой кишки, в 4 случаях – нагноившиеся псевдокисты поджелудочной железы. В 2 наблюдениях флегмона малого таза возникла как осложнение операций на прямой кишке. В случае абсцессов выполнялось эндоскопическое дренирование через стенку прилежащего полого органа (желудок - 3 случая, желудок и ДПК - 1 случай, ДПК - 1 случай и прямая кишка – 1 случай). В 5 наблюдениях дренирование выполнялось под контролем ЭУС, в 2х – под визуальным эндоскопическим контролем. В 5 случаях использовался один или несколько пластиковых стентов, в одном – покрытый нитиноловый стент. В 3х наблюдениях в гнойную полость наряду со стентом устанавливался назо-билиарный дренаж, который использовался для активного лаважа и менялся на стент через 5-7 суток). Осложнений не было. Удаление стентов выполнено через 3-6 месяцев после установки. Во всех случаях достигнута ликвидация гнойной полости. У двух пациентов с флегмоной клетчатки малого таза сопровождающимися крайне тяжелым общим состоянием больных (после операций на прямой кишке), наряду с наложением илеостомы применялась активная повторная санация (4 и 6 сеансов) гнойной полости растворами антисептиков и петлевая некрэктомия через двухканальный эндоскоп Fujinon EG-530D (вводимый через участок недостаточности анастомоза) с последующим ее дренированием. В обоих случаях удалось добиться ограничения процесса, очистки раны и

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

стабилизации состояния пациентов. Выводы: Эндоскопическое дренирование и санация может быть успешно использовано у ряда пациентов с абсцессами брюшной полости, забрюшинного пространства и абсцессами/флегмонами клетчатки таза. Показания и противопоказания к использованию этого метода требует дальнейшего изучения.

295. Результаты лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями в условиях отделения неотложной хирургии многопрофильной городской больницы

.П.Уханов, В.В.Нежелский, С.А.Черных, Е.В.Новожилов, С.В.Большаков

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Под наблюдением находилось 328 больных язвенными желудочно-кишечными кровотечениями в период с 2007 по 2014 годы. Мужчин было 234 (71,3%), женщин 94 (28,7%). Легкая степень кровопотери была выявлена у 71 (21,6%) больных, средняя степень - у 147 (44,9%), тяжелая степень у 133 (33,5%) пациентов. В сроки до суток от начала заболевания были госпитализированы 208 больных (63,4%) с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями, а остальные 120 пациентов (36,6%) поступили в хирургическое отделение позже суток с момента начала геморрагического синдрома. Источником кровотечения у 210 больных (64,0%) была язва двенадцатиперстной кишки, у 104 (31,7%) – язва желудка, в том числе у 14 больных (4,3%) имелись множественные язвы желудка, у 9 (2,7%) – сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и у 5 (1,5%) – язва гастроэнтероанастомоза. По степени активности кровотечения (по Forrest) больные распределились следующим образом: F I a - у 37 больных (11,3%), F I b - у 88 (26,8%), F II a – у 90 (27,4%), F II b – у 62 (18,9%), F II c – у 37 (11,3%), F III – у 14 (4,3%) пациентов. При определении тяжести кровопотери придерживались классификации, предложенной А.И. Горбашко (1974). Легкая степень кровопотери выявлена у 70 (21,3%) пациентов, средняя степень - у 152 (46,3%), тяжелая степень у 106 (32,3%) больных. Всем больным с язвенным желудочно-кишечным кровотечением выполнялась экстренная фиброгастроуденоскопия и проводилась попытка эндоскопического гемостаза с помощью: а) орошения растворами медикаментов (капрофер, аминокaproновая кислота, хлорид кальция, мезатон, адреналин), б) инъекцией сосудосуживающих средств (раствор адреналина, мезатона) и обкалывание спиртновокаиновой смесью, в) клипирование сосуда эндоскопическими клипсами, г) электрокоагуляция и

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

плазменная коагуляция кровоточащего сосуда. Больным также назначалась инфузионно-трансфузионная терапия с использованием гемостатических средств и проводилась антисекреторная терапия с использованием H₂ – блокатора – кваматела, ингибитора протонной помпы – омепразола и комбинации омепразола с октреотидом. Среди 328 больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями консервативное лечение было использовано у 237 (72,3 %) пациентов. Хирургическое лечение выполнено у 91 больного (27,3 %), при этом резекция желудка в различных вариантах выполнена у 57 (62,6 %) пациентов. Среди нерезекционных методов наиболее часто использовали прошивание кровоточащего сосуда в язве, которое выполнено у 26 больных (28,6%), Иссечение язвы выполнено в 8 случаях (8,8 %). Среди 328 больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями умерло 20 (6, 1 %), в том числе 9 оперированных больных, Показатель послеоперационной летальности составил (9,9 %). В заключение следует подчеркнуть, что диагностика и лечение больных с язвенными желудочно-кишечным кровотечением являются сложной, окончательно нерешенной проблемой. Для установления факта кровотечения и его источника необходимо тщательно анализировать анамнестические и клинико-лабораторные данные и прибегать к экстренной эзофагогастродуоденоскопии, благодаря которой в в большинстве случаев удается установить источник кровотечения. Современные эндоскопические технологии и консервативное лечение с использованием гемостатических средств и антисекреторной терапии позволяют добиться эффекта у 72,3 % больных.

296. Оптимизация технологии лапароскопических операций на левой половине ободочной и прямой кишке у больных с избыточной массой тела.

Хитарьян АГ(1)(1), Праздников ЭН(2)(2), Глузов ЕЭ(1)(3), Провоторов МЕ(1)(1), Велиев КС(1)(1), Мурлычев АС(1)(1).

1) Ростов-на-Дону 2) Москва

1) НУЗ ДКБ на ст. Ростов-главный ОАО РЖД 2) МГМСУ 3) ГБУ РО "Онкодиспансер" Ростов-на-Дону

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 составляет 23,8 и 15,2 соответственно, что определяет четвертое место колоректального рака по частоте возникновения и второе место как причина смерти. Ведущим

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

методом лечения больных колоректальным раком остается хирургический. Последние десятилетия активно пропагандируется выполнение у этой категории больных видеозендоскопических операций. Однако, если для рака ободочной кишки преимущества лапароскопического подхода были подтверждены рядом крупных рандомизированных исследований (COLOR, COST, Barselona Study, CLASSIC), то целесообразность выполнения лапароскопических операций при раке прямой кишки подвергается дискуссии особенно у больных с ИМТ более 30. Выполнение видеоассистированных операций у больных с ИМТ более 30 имеет ряд недостатков, таких как неудобство маневра, трудности визуализации анатомических ориентиров и сохранение анатомического слоя, снижение мобильности и укорочение брыжейки ободочной кишки. Вместе с тем, именно у пациентов с избыточной массой тела лапароскопический вариант выполнения операции позволяет существенно снизить ее травматичность, поэтому разработка технических приемов выполнения лапароскопических вмешательств весьма актуально у данного контингента больных. При выполнении операций на левой половине ободочной и прямой кишки ключевыми моментами являются высокая перевязка нижних брыжеечных сосудов, мобилизация селезеночного угла, анатомическая препаровка в плоскости фасции Герота и Тольдта, визуализация левого мочеточника и подвздошных сосудов, выделение фасциальных пространств малого таза в пределах фасции Вальдейера и Денонвилье с идентификацией гипогастрального нервного сплетения, степлерная техника наложения анастомоза. У пациентов с ИМТ более 30, хирург может встретить дополнительные технические трудности практически на каждом из этих этапов. В нашей клинике при операциях на левой половине ободочной и прямой кишки у пациентов с избыточной массой тела используем комбинированную лапароскопическую и мануально-ассистированную технику в боковой и спинальной позиции. Операция начинается с укладкой пациента в боковой позиции, на правом боку. Оперирующий хирург располагается справа от операционного стола. Один троакар устанавливается параумбиликально, второй - на середине расстояния между пупком и лоном, третий троакар устанавливается в левом мезогастрии. Операция начинается с рассечения брюшины левого бокового канала от уровня нижней трети сигмовидной кишки до левого изгиба ободочной кишки. Поперечная ободочная кишка и сальник натягиваются в противоположных направлениях, при помощи ультразвуковых ножниц разделяется желудочно-ободочная связка в бессосудистой зоне, диафрагмально-ободочная и селезеночно-ободочная связка, левый изгиб ободочной кишки свободно смещается книзу и кнутри под силой собственной тяжести. Проксимально ободочную кишку выделяют, пересекая желудочно-ободочную связку до визуализации восходящей ветви двенадцатиперстной кишки. Далее осуществляют латерально-медиальную диссекцию левой половины ободочной кишки в плоскости фасции Тольдта и Герота, при этом легко визуализируется мочеточник, левые подвздошные сосуды. Данный этап продолжается до визуализации нижней брыжеечной вены на всем ее протяжении. Боковой доступ создает удобства для работы в анатомическом слое в плоскость фасции Тольдта, затем фасции Вальдейера, что является залогом бескровного и абластичного дальнейшего выделения мезоректума. Дистально диссекцию осуществляем до уровня средних прямокишечных артерий. На этом боковой этап завершают,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

больного переводят в спинальную позицию. В правой подвздошной области устанавливают порт для ручной ассистенции и под дигитальным контролем выделяется нижняя брыжеечная артерия, левая ободочная артерия, которые являются удобными ориентирами при лимфодиссекции апикальных лимфоузлов в области брыжеечных сосудов и аорты, так же, мануально можно контролировать контурирование гипогастральных нервов по передней поверхности аорты. В данной позиции осуществляется высокое пересечение нижней брыжеечной артерии, мануально контролируя место ее отхождения от аорты. Далее практикуем стандартную технику, используя преимущества мануальной ассистенции при тракции опухоли, выделении мезоректума, обработки места нижнего края резекции кишки, наложении на кишку линейного степлера и контроле закрытия циркулярного степлера при наложении анастомоза. Описанная комбинированная лапароскопическая и мануально-ассистированная техника в боковой и спинальной позиции, у пациентов с ИМТ более 30, позволяет повысить удобство хирургического маневра особенно, на этапе мобилизации селезеночного угла ободочной кишки, визуализации мочеточника, лимфодиссекции апикальных лимфоузлов, тракции опухоли и значительно уменьшает время операции.

297.Холецистолитотомия с холецистостомией из минидоступа у пациентов старческого возраста.

Меджидов Р.Т., Курбанисмаилова Р.Р.

РД г.Махачкала

ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ

Пациенты старческого возраста среди больных калькулезным холециститом составляют около 22-25%, и этот показатель не имеет тенденцию к снижению. Ввиду наличия у данной категории пациентов, в большинстве случаев, полиморбидное состояние результаты их лечения малоутешительны. Цель исследования. Оценить целесообразность холецистолитотомии с последующим формированием холецистостомы из минидоступа у пациентов старческого возраста. Работа посвящена анализу результатов лечения 212 пациентов старческого возраста с калькулезным холециститом. Острый холецистит отмечен у 96 (45,1%) пациентов, хронический – у 116 (54,9%). В 148 (70,0%) наблюдениях проведена холецистэктомия, а в 64 (30,0%) холецистолитотомия с холецистостомией из мини доступа под местной анестезии. Среди наблюдений, которым была выполнена холецистэктомия, в лапароскопическом варианте она

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

проведена в 42 (28,5%) случаях, а из мини доступа – в 106 (71,5%) наблюдениях. В последних случаях холецистэктомия под местной анестезией была проведена 74 (70,0%) пациентам, а под наркозом – у 32 (30,0%). Для проведения оперативных вмешательств из мини доступа использовалось устройство «Миниассистент». В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 28 (13,2%) пациентов, общего характера – 22 (10,4%), местного (2,8%). В основном они отмечены среди пациентов, которым была выполнена холецистэктомия. При лапароскопической холецистэктомии отмечены осложнения в 16 (37,9%) наблюдениях. Все они были общего характера: обострение ХОБЛ, прогрессирование сердечной патологии со срывом сердечного ритма. При холецистэктомии из минидоступа осложнений общего характера отмечены в 6 (5,6%) наблюдениях, местного – в 6 (5,6%) случаях. Среди пациентов, которым была выполнена холецистотомия с холецистотомией осложнения не имелись. Умерло 4(1,9%) пациентов, из них после лапароскопической холецистэктомии 2 (4,7%) и после холецистэктомии из минидоступа – 1 (0,9%). В группе пациентов, которым была выполнена холецистолитотомия с холецистотомией летальных исходов не было. Средние сроки послеоперационного пребывания пациентов в стационаре при лапароскопической холецистэктомии составили $8,2 \pm 1,6$ к/день, при холецистэктомии из минидоступа – $8,8 \pm 1,5$ к/дня, при холецистолитотомии с холецистотомией – $6,3 \pm 1,3$ к/дня. Обсуждение. Летальность и тяжелые осложнения общего характера при оперативных вмешательствах на желчных путях, в основном связан с полиморбидным состоянием пациентов старческого возраста. Им должны оказать оперативное пособие в щадящем варианте, то есть вмешательства по поводу калькулезного холецистита должен быть малоинвазивными и их нужно проводить под местной анестезией. Исключения составляют лишь случаи, когда имеет место распространенный перитонит. Холецистолитотомия с последующим формированием холецистостомы не новый вариант оперативного пособия при калькулезном холецистите, но при данном вмешательстве отличаются наиболее лучшие результаты. Камни в желчном пузыре могут образоваться в последующем, но это обстоятельство не имеет решающее значение для пациентов старческого возраста. Выбор метода оперативного пособия при калькулезном холецистите у лиц старческого возраста должен быть индивидуализирован. Однако такое миниинвазивное вмешательство как холецистолитотомия с холецистотомией из мини доступа под местной анестезией является наиболее эффективным для данной категории больных.

298.Об этапной комбинации малоинвазивных технологий в лечении панкреонекроза

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

г. Оренбург, Россия

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение. Острый панкреатит (ОП) является одной из сложных проблем urgentной абдоминальной хирургии. Вопросы хирургической тактики, в первую очередь, сроки и объёмы вмешательства сохраняют свою актуальность и являются до настоящего времени дискуссионной темой. Минимизация операционной травмы является одним из ключевых направлений современной хирургии. В данном ракурсе всё большее значение приобретает применение малоинвазивных хирургических технологий при панкреонекрозе, арсенал которых включает в себя эндохимию, пункционные вмешательства под ультразвуковой навигацией и операции из минидоступа. Цель исследования. Оценить эффективность комплексного этапного применения малоинвазивных технологий при панкреонекрозе. Материал и методы. В данный анализ включены все пациенты (89 человек), поступившие с 2011 г. в хирургическую клинику ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга» с острым панкреатитом, которым потребовались те или иные хирургические пособия. С 2011 года установкой клиники является этапный малоинвазивный подход в хирургическом лечении панкреонекроза. Ранняя лапаротомия считается ошибочным лечебным мероприятием. Открытые вмешательства при инфицированном панкреонекрозе 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 доступа. Результаты и обсуждение. В нашей клинике эффективно применяются 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 одномоментно удалять не только жидкую часть, но и тканевой детрит. 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,

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 повторное оперативное вмешательство. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений (нагноение операционной раны), 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 клинике снизилась с 27% до 7,1%, то есть почти в 4 раза. 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.

299. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Богомолов Н.И., Томских Н.Н.

Чита, Россия

ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ

Цель исследования: оптимизация тактики, диагностики и лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Материалы и методы: В Забайкальском крае проживает 1095659 человек. За последние 15 лет количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями неуклонно росло. Доля язвенных кровотечений на 1987 год составляла $53,2 \pm 6,3\%$, в 2009 – $42,85 \pm 9,7\%$. Если в 1995 году количество язвенных кровотечений было 71, с неуклонным ростом до 470 случаев в 2008 году ($257,2 \pm 36,2$). Диагностика и радикальное лечение заболеваний, осложнившихся желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) - стратегическая задача хирургической службы. Послеоперационная летальность при ЖКТ кровотечениях колебалась на протяжении последнего десятилетия от 5,4% до 20,9% ($14,4 \pm 2,8\%$). Внедрение современных эндоскопических и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

хирургических технологий позволило существенно снизить этот показатель. Все больные с ЖКТ кровотечением госпитализируются в хирургические стационары, где выполняется эндоскопическое исследование. При продолжающемся или состоявшемся кровотечении источник подвергается аргон-плазменной обработке и орошается капрофером. Аргон-плазменная коагуляция (АПК) – эффективная эндоскопическая процедура, позволившая остановить кровотечение из большинства источников в 94-98% из 117 случаев. Воздействие капрофером у 112 человек в чистом виде и в сочетании с АПК или моноактивной электрокоагуляцией (МЭК) позволяло остановить кровотечение практически в 100% случаев. С 1980 года при хирургическом лечении активно применяем органосохраняющие (ваготомии) процедуры, по материалам 2-х клиник располагаем опытом более 2600 таких операций, включая 44 в эндовидеохирургическом варианте. Послеоперационная летальность при таких операциях в 2,2 раза меньше, чем при классической резекции желудка. Благодаря внедрению эффективных эндоскопических технологий гемостаза за последнее десятилетие количество операций за год уменьшилось с 83 до 42. Приказом министра в крае ведётся мониторинг больных с желудочно-кишечными кровотечениями, проводится регулярная подготовка и переподготовка хирургов. Выводы. Улучшение результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями можно достичь: путём оздоровления нации за счёт снижения потребления алкоголя; широкого внедрения передовых эндоскопических методик гемостаза; всеобщей диспансеризации и своевременной медикаментозной терапии больных язвенной болезнью; активном и раннем применении органосохраняющих и органосажающих методик хирургического лечения язвенных кровотечений, в том числе и в эндовидеохирургическом варианте их исполнения.

300.ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ ЭПИДЕМИЯ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ РОССИИ

Н.И.Богомолов, Н.Н.Томских, И.В.Вотьев

Чита, Россия

ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) становится доминирующей патологией общехирургических стационаров. На начало 2014 года в Забайкальском крае (Заб.К) России проживало 1095659 человек. Заболеваемость болезнями органов пищеварения на 100000 населения составляет: в Заб.крае 10716,2 (1987,5 здесь и далее в скобках - впервые выявленная); в

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

СФО (Сибирский федеральный округ) РФ – 13140,4(3220,2); в РФ – 11323,4(2280,5). Болезни желчного пузыря и желчных путей выявлены соответственно у: 3107,7(322,1); 2122,8(363,6); 1885,1(261,2). За последние 5 лет в Краевой больнице Забайкальского края по поводу ЖКБ оперировано 2773 человека. Выбор метода опирался на индивидуальные особенности течения заболевания, выраженность и давность желтухи. Лапароскопическая холецистэктомия сделана у 2148 (77,46%), холецистэктомия из мини-доступа – у 142(5,12%), традиционным лапаротомным способом оперировано 483 (17,41%) пациента. Острый холецистит был у 278 (10,03%) человек, холедохолитиаз - у 281 (10,13%). ЭПСТ в усовершенствованном варианте (патент РФ №2463975) до или после холецистэктомии выполнена у 86 (3,10%). При предоперационной подготовке в 89 (3,21%) случаях применено чрескожное чреспечёночное дренирование желчных путей, у 64 человек использовали препараты ремаксол и реамберин, у 62 – методы эфферентной терапии, что позволило справиться с тяжёлой патологией даже у пациентов с отягощённым анамнезом. У 126(4,54%) выполнены симультанные операции: эзофагофундопликация (у 99), герниотомия, пластика дефекта брюшной стенки сетчатым трансплантатом (у 23), адреналэктомия и кистэктомия из печени по 2 человека. При лапароскопической холецистэктомии конверсия потребовалась у 6 пациентов, у 5 - вынуждены оставить шейку пузыря и пузырный проток, им выполнена мукоклазия. В 3 случаях при необоснованном отказе от холедохоскопии и холангиографии зафиксирован резидуальный холедохолитиаз. Интра- и послеоперационные осложнения имели место в 48 (1,73%) случаях. Умерло после операции 6 (0,22%) человек и ещё 8 – без операции от конкурирующей патологии. Таким образом, использование эндовидеохирургических технологий в лечении больных с ЖКБ существенно улучшило результаты и предупредило развитие жизнеугрожающих осложнений.

301. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ

Богомолов Н.И., Томских Н.Н., Вотьев И.В.

Чита, Россия

ГБОУ ВПО ЧГМА Минздрава РФ

Основопологающими тактическими приёмами в лечении механической желтухи доброкачественного генеза мы считаем: 1) адекватную предоперационную подготовку с использованием способов декомпрессии

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

билиарного тракта и ликвидации желчной гипертензии путём ЧЧХС, ЭПСТ и лекарственную терапию, направленную на нормализацию функции печени; 2) малоинвазивную литэкстрацию при ЭПСТ или чрездренажный литолиз; 3) при открытой холедохолитотомии предпочитаем глухой шов холедоха и дренаж по Холстеду-Пиковскому с обязательной интраоперационной холедохоскопией и по показаниям – холангиографией; 4) дооперационное максимальное использование средств инструментальной визуализации для сокращения времени на хирургическое пособие; 5) реабилитация после операции в санатории «Кука» (Забайкальский край) с её уникальными природно-климатическими факторами. За период с 1966 по 1980 (15 лет) годы в Областной больнице по поводу ЖКБ оперировано 1268 пациентов, то есть, примерно по 423 за каждые 5 лет. За последние 5 лет (2008-2012гг) только в ГУЗ ККБ оперировано 2773 пациента с ЖКБ, т.е. на 1,5 тысячи (1505) больше, чем за 15 лет второй половины 20-го века, при достоверно большем числе жителей тогда. Осложнённые варианты ЖКБ имели место в 16,6% случаев, что требовало особой подготовки к операции. Для подготовки больных к операции у больных с механической желтухой, обусловленной холелитиазом, в основной группе (ОГ) из 64 человек использовали гептрал, реамберин и ремаксол для внутривенного введения и чрезкожную транспечёночную холангиостомию с дозированным наружным дренированием. У 14 человек дренаж проведен в 12-перстную кишку для наружновнутреннего дренирования. В группе клинического сравнения (ГКС) из 62 человек использовали традиционную медикаментозную подготовку, включая методы эфферентной терапии. Снижение индикаторных ферментов цитолиза (АлАТ и АсАТ) в ОГ уже к 6-8 суткам было в 2,3 и в 2,9 раз соответственно, в ГКС эти показатели снизились в 1,4 и 1,7 раза только к исходу 2-ой недели лечения. Аналогичная динамика отмечена и по индикаторным ферментам холестаза (ГГТП, ШФ, билирубина). Ремаксол и(или) реамберин вводили внутривенно по 400-800 мл в сутки со скоростью 40-60 капель в минуту на протяжении 6-7 суток и в первые дни послеоперационного периода. В целом продолжительность предоперационной подготовки в ОГ была $7,2 \pm 1,6$ суток, в ГКС – $13,3 \pm 3,2$. Больным выполнены следующие операции: лапароскопическая холецистэктомия + ЭПСТ у 19, только ЭПСТ – у 13, открытая холецистэктомия с холедохолитотомией – у 41, механическая литотрипсия через дренаж – у 6, мини-доступ + ЭПСТ – у 5 пациентов. Двое больных умерли до операции и 2 в раннем послеоперационном периоде из ГКС. В послеоперационном периоде реабилитация оперированных осуществлялась в ЗАО санаторий «Кука» с использованием уникальной минеральной воды. Продолжительность лечения после открытой холецистэктомии 24 дня, после лапароскопической – 18-21 день, стоимостью соответственно 26500 и 22500 рублей. За год лечилось от 142 до 159 человек, всего за период наблюдения (14 лет) 1962 человека. Лечение включало: питьё минеральной воды за 30-40 минут до приёма пищи, температура воды – от 20 до 40 градусов в количестве 750-1250 мл и больше за сутки; печёночный тюбаж через день в количестве 5-7 процедур; наружное применение минеральной воды «Кука», температура 38 градусов, продолжительностью от 7 до 15 минут с курсовой нагрузкой от 7 до 15 ванн. При поступлении и выписке осуществлялось дуоденальное зондирование, по показаниям физиотерапевтические процедуры (грязевые аппликации, массаж, диатермия и др.). Осуществлялся лабораторный

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

контроль, УЗИ – исследование. Этапное лечение предусматривало приём бутылочной кукинской минеральной воды на протяжении 1 месяца с 1-2 месячным перерывом. Больные с холелитиазом находились на диспансерном учёте, контролировался уровень билирубина, печёночных ферментов, липидный спектр крови, при необходимости выполнялось дуоденальное зондирование, УЗИ, РХПГ и КТ – исследования. Больным с высоким риском рецидива холелитиаза рекомендовали ежегодное курсовое лечение на курорте «Кука». В основной группе из 242 человек рецидив холедохолитиаза отмечен у 2 пациентов, в группе клинического сравнения из 244 человек, первичное и повторное лечение на курорте они по разным причинам не получили, рецидивный холедохолитиаз диагностирован у 19 человек. Следовательно, помимо диеты и здорового образа жизни больным с ЖКБ необходимо и санаторное лечение с использованием уникальной минеральной воды «Кука». Таким образом, ЖКБ стала доминирующей патологией в хирургических стационарах Забайкальского края, заболеваемость по сравнению с серединой прошлого века выросла кратно, однако возросло и число осложнённых форм, холедохолитиаза. Изменился и состав камней, преобладающими стали холестериновые и смешанного состава, что всецело зависит от среды обитания, эндоэкологии человека.

302. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС И ТРАДИЦИОННЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БРЮШИННЫХ СПАЕК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Томских Н.Н., Богомолов Н.И.

Чита, Россия

ГБОУ ВПО ЧГМА, НУЗ ДКТ ст. Чита-2, ГУЗ ККБ

Лапароскопический адгезиолизис считается достойной альтернативой открытого традиционного пособия при брюшинных спайках. Однако трудно предугадать характер брюшинных спаек, особенно на высоте спаечной кишечной непроходимости и непросто выбрать доступ для портов лапароскопа. В общехирургических стационарах больные с брюшинными спайками – обычное явление, они находятся либо после купирования спаечной кишечной непроходимости (КН) консервативными методами, либо после хирургического пособия. Традиционной процедурой при спаечной КН на протяжении десятилетий остается ее ликвидация путем рассечения спаек во время лапаротомии. Такой подход не гарантирует от рецидива заболевания и повторения КН, у ряда больных – по несколько раз, приобретая хроническую рецидивирующую форму. У 69

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациентов из основной группы нашего исследования было выполнено от 2 до 16 повторных операций по поводу спаечной КН в различных стационарах. Естественно стремление хирургов искать пути радикального и надежного способа предупреждения и лечения брюшинных спаек с обеспечением высокого качества жизни пациентов. В клинике общей хирургии в 60-е годы прошлого века В.И.Петелиным выполнена кандидатская диссертация по хирургическому лечению брюшинных спаек модифицированным методом интестинопликации по Ноблю в варианте Чайлдс-Филлипса. Суть модификации заключалась в использовании всего 2-х П-образных чрезбрыжеечных швов нерассасывающимся шовным материалом и укрытии десерозированных участков на кишке лиофилизированной гомобрюшиной. В серии экспериментов на 26 собаках, участником которых был один из авторов этого сообщения (Н.И.Богомолов), была доказана состоятельность такой модификации и она успешно применена в клинике у 52 больных. Отдаленные наблюдения, повторные операции у этих пациентов в связи с новой патологией (опухоль кишки, язвенная болезнь, травма живота и др.) убедили нас, что тонкая кишка находится в удовлетворительном состоянии, имеет форму «батареи» с горизонтальными рядами, отсутствуют препятствия для пассажа химуса, но в брыжейке были признаки хронического мезентериолита с грубыми рубцовыми изменениями вокруг шовного материала, подтвержденными и гистологическим исследованием. Эти наблюдения позволили в последующем при интестинопликации в разработанной модификации, но без укрытия десерозированных участков гомобрюшиной, у 23 человек использовать шовный материал с длительными сроками биодеградации (викрил и ему подобные). Наблюдения в сроки от 6 месяцев до 7 лет показали, что рецидива спаечной ОКН не было ни у одного из оперированных, качество жизни оставалось высоким. В эксперименте на 4 собаках при повторной операции через 6, 12, 18 и 24 месяца убедились в отсутствии шовного материала и сохраненной заданной фиксации тонкой кишки. При высокой склонности к спайкообразованию нами у 26 пациентов использован собственный запатентованный способ бесшовной интестинопликации по патенту РФ № 2177741 «Способ лечения спаечной болезни». Суть способа состоит во временной фиксации (7-8 суток) петель тонкой кишки в форме батареи проводниками с микроирригаторами, проведенными через брыжейку, кишка при этом интубирована (дополнительно иммобилизована) «Энтеральным зондом» (патент РФ № 2121376). Спаечный процесс провоцировали на листках брыжейки, фибринолиз ингибировали аминокaproновой кислотой и контрикалом. В сроки от 1 года до 6 лет рецидива КН у оперированных не отмечено, качество жизни оставалось высоким. Эта методика также прошла испытания через эксперимент на 4 собаках. С 1994 года в клиниках стал внедряться лапароскопический адгезиолизис у тех пациентов, у которых удавалось безопасно осуществить доступ в брюшную полость лапароскопом, преимущественно у тех, кому консервативными мероприятиями купировали приступ спаечной КН, либо в первые часы его развития. Всего выполнено 72 вмешательства. Рассечение висцеро-висцеральных, висцеро-париетальных спаек осуществлялось крючком или ножницами с электрокоагуляцией, избытки шнуровидных спаек иссекались, устанавливался трубчатый дренаж. Для предупреждения активного спайкообразования в брюшную полость в конце операции и в

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

послеоперационном периоде дробно вводился гипохлорит натрия и поливинилпирролидон (полиглюкин, реополиглюкин, гемодез). У 12 больных из-за выраженных и множественных рубцов доступ для троакара осуществляли через мини-лапаротомный доступ с последующей герметизацией раны швами. У 7 человек потребовалась конверсия, поскольку имелся некроз кишки (у 3) и требовалась ее резекция, или не удавалось ликвидировать непроходимость (у 4). Таким образом, у лиц с брюшинными спайками метод лечения следует выбирать по принципу «каждому больному – своя операция». Традиционная лапаротомия с рассечением спаек – не единственный вариант хирургического лечения. В век высоких технологий необходимо шире использовать малоинвазивные методики и модифицировать технику интестинопластики, учитывая ее недостатки в первоначальном варианте.

303. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Богомолов Н.И.

Чита, Россия

ГБОУ ВПО ЧГМА

Желчнокаменная болезнь - одно из наиболее распространенных заболеваний и число больных с этой патологией неуклонно растет. В Читинской области ежегодно выполняется более 2000 операций на желчных путях, используются как традиционные открытые вмешательства, так и методы щадящей хирургии. Представлен фрагмент анализа диагностики и лечения больных с неблагоприятными последствиями и осложнениями холецистэктомии по материалам Дорожной и Краевой клинических больниц г. Читы за восемь лет. Самая частая причина повторных операций на желчевыводящих путях - резидуальные камни, которые выявлены у 98 обследованных. Мужчин было 25, женщин - 73 в возрасте от 19 до 93 лет. У 11 человек забытые камни обнаружили патологоанатомы на секции, у 87 в послеоперационном периоде с помощью фистулографии, УЗИ, КТ, РХПГи/и ЧЧХГ. Примерно у трети обследованных камни проявили себя в сроки от 1 до 3 месяцев после операции. Проанализировав обстоятельства первой операции, выявлены возможные причины оставления камней. Это: 1) игнорирование имевшихся показаний к холедохотомии; 2) скрытое течение холедохолитиаза (интраоперационная холангиография, холедохоскопия не проводились); 3) тяжелое состояние больного, технические трудности при осложнениях во

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

время операции, не позволившие произвести вмешательство в нужном объеме; 4) ошибки в диагностике - вклинившийся камень в дуоденальном соске принят за опухоль; 5) ошибочный отказ от конверсии при холецистэктомии методами щадящей хирургии. Промывание (вымывание, растворение) камней в протоках оказалось эффективным у 7 пациентов. Удаление через дренаж петель с памятью формы по ретгенконтролем оказалось возможным у 16. Папилосфинктеротомия с трансдуоденальным извлечением камня корзиной Dormia удалась у 17. Релапаротомия с холедохолитотомией и последующим наружным или внутренним дренированием холедоха, либо наложением глухого шва холедоха, либо с трансдуоденальной папилосфинктеротомией предпринята у 58 человек. Выбор способа завершения операции зависел от данных интраоперационного и дооперационного исследований. Умерло 3(3,06%) пациента. Внутривнутрибрюшное кровотечение в послеоперационном периоде – второе по частоте осложнение холецистэктомии. Кровотечение из культы пузырной артерии имело место у 9 человек, в двух случаях даже экстренная релапаротомия не помогла и больные погибли на операционном столе. Среди других источников фигурирует ложе желчного пузыря (у 10), добавочные артерии желчного пузыря и протоков (у 6), яичниковая вена (у 1 больной). Только в 3 из 26 случаев не наблюдалось подтекание крови по трубчатому дренажу и кровотечение диагностировали только при релапароскопии. Желчный перитонит – третье по встречаемости осложнение холецистэктомии, имело место у 11 человек. Среди причин доминирует подтекание желчи из ложа желчного пузыря, культы пузырного протока, холедохотомического отверстия. Лишь в одном случае из 11 во время релапаротомии источник желчеистечения не локализован. У 2-х человек релапароскопия трансформировалась в релапаротомию. Погиб 1(9,1%) пациент. Повреждение желчных протоков на разных уровнях случилось у 32 человек, у 14 из них это осложнение не было установлено во время операции. Восстановительная операция в раннем послеоперационном периоде предпринята у 4-х, у остальных она выполнена через 2-2,5 месяца после холецистэктомии. В отдаленном периоде от многочисленных осложнений умерло 2 человека после восстановительных операций. При выяснении причин повреждений протоков установлена их аномалия, атипичное положение сосудов, возникшее кровотечение, инфильтраты, недостаточный опыт оператора в хирургии желчных путей. Послеоперационный панкреатит и панкреонекроз перенесли 8 человек. У двух из них в связи с развитием гнойно-некротических осложнений предпринята лапаротомия, дренирование сальниковой сумки. Погибла одна больная от полиорганной недостаточности. Повреждение двенадцатиперстной кишки случилось у 2 пациентов, травма воротной вены – у одного, некроз печени – у 1 больного. Инцизионные грыжи после открытых вмешательств сформировались у 27 человек, хирургическая коррекция грыжевого дефекта с успехом предпринята у 25 из них. Больше всего за указанный период в клиниках находилось на обследовании и лечении пациентов (112) с так называемым постхолецистэктомическим синдромом. Ни одно из вышеперечисленных неблагоприятных последствий у них не выявлено. При ретроспективном анализе ошибок и неблагоприятных последствий холецистэктомии выявлены следующие тяжелые исходы. При применении методов щадящей хирургии в клинике даже при лапароскопической холецистэктомии у 6-х

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациентов не выявлена злокачественная опухоль органов брюшной полости. У 2-х пациенток это был рак сигмовидной кишки и у 1-ой – рак яичников. Все трое больных через 5-11 месяцев после холецистэктомии возвратились в клинику уже с 4-ой стадией опухоли и отдаленными метастазами. После холецистэктомии из минидоступа наиболее частой ошибкой были забытые камни. Ятрогенная травма при лапароскопической холецистэктомии преимущественно случается у начинающих эндохирургов. При традиционной открытой холецистэктомии ошибки и осложнения встречались как у начинающих хирургов, так и у опытных с большим врачебным стажем. Наиболее частой ошибкой был немотивированный отказ от интраоперационной холангиографии и холедохоскопии в целях скорейшего завершения «обыденной» операции, неполное использование в предоперационном периоде доступных методов исследования, недоучет данных анамнеза и клиники, самоуверенность в возможностях интраоперационной визуальной и пальпаторной оценки анатомических структур гепатопанкреатодуоденальной зоны, немотивированный отказ от биопсии. Желчная хирургия имеет богатую историю, ошибки, осложнения и неблагоприятные исходы давно и подробно описаны в многочисленных трудах классиков и современников. Смее утверждать, что не все даже опытные хирурги обновляют свои знания, освежают память. В этом смысле значительную помощь оказывает систематический анализ исходов операций как личных, так и коллектива отделения, клиники. Безусловно огромное значение имеет участие в конференциях и съездах хирургов, демонстрация больных на обществах. Стремительное внедрение новых технологий требует дополнительных знаний, иногда в больницах разрывается связь поколений, теряется преемственность, что усиливается имеющейся и стремительно растущей конкуренцией в микро и макро коллективах. Анализ осложнений и неблагоприятных последствий той или другой операции – один из методов самообразования, самосовершенствования. Желчная хирургия, как никакой другой раздел хирургической специальности, – прекрасный полигон, замечательная школа для начинающего и умудренного опытом профессионала.

304.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЛОЖНЫХ И ИСТИННЫХ ГРЫЖ ДИАФРАГМЫ

Богомолов Н.И., Соловьёв В.Ю., Жилин И.В., Чугай О.А., Бородин А.И., Томских Н.Н.

Чита, Россия

Анализирован опыт диагностики и лечения грыж диафрагмы по материалам двух клиник города за 38 лет. До 1996 года грыжи диафрагмы оперировали только открытыми технологиями, на протяжении последних 18 лет используем эндовидеохирургические методики в чистом виде, либо с поддержкой традиционными методами по индивидуальным показаниям. Оперировали 42 больных, включая 9 человек со свежими разрывами правого (3) и левого (6) куполов диафрагмы, 3-х пациентов с грыжами Бохдалека и (или) Ларрея и 2-х человек с врожденной аномалией развития правого купола диафрагмы (гипоплазия с формированием истинной грыжи и частичной дислокацией печени в плевральную полость). У двух пациентов ложная диафрагмальная грыжа слева явилась находкой при лапароскопической операции и в обоих случаях удалось ушить дефект лапароскопически. Ещё у двух пациентов с застарелой травмой диафрагмы ложная грыжа была фиксированной и её успешное устранение осуществлено с эндовидеохирургической поддержкой. У двух пациенток с нераспознанной травмой в анамнезе грыжа ущемилась во время беременности на сроках 21 и 34 недели соответственно, потребовалась лапаротомия и устранение ложной ущемленной грыжи. В одном случае ущемленная ложная грыжа диафрагмы слева после закрытой травмы живота не была распознана во время лапаротомии и пациент оперирован повторно через сутки по поводу калового плеврита и перитонита, перенес сепсис и 6 этапных операций. Трое пациентов оперированы по поводу кишечной непроходимости неясного генеза и во время операции обнаружено ущемление органов брюшной полости в старом дефекте диафрагмы (в анамнезе установлено ножевое ранение слева). У 18 человек истинная грыжа сформировалась после перенесенных поддиафрагмальных абсцессов (у 15), торакоабдоминального доступа (у 2), обширного панкреонекроза (у 1). Мужчин было 24, женщин – 18 в возрасте от 18 до 67 лет. Грыжа диагностирована до операции у 26 (61,9%) человек. Традиционный открытый вариант хирургической коррекции применён у 32 пациентов, эндовидеохирургический – у 8 и сочетание методов потребовалось в 2 случаях. Синтетические трансплантаты для закрытия дефекта использовались у 19 человек, у остальных – ограничились собственными тканями. Осложнения зафиксированы в 5 наблюдениях, летальных исходов и рецидива грыж не было. Следовательно, диафрагмальные грыжи – мультидисциплинарная проблема, имеют различные причины, не всегда диагностируются до операции, сложны для хирургической коррекции особенно в условиях экстренной хирургии. Эндовидеохирургическая поддержка на этапе диагностики и хирургической коррекции – «золотой стандарт» современной хирургии диафрагмальных грыж.

305. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Процык Р.С.(1), Воронов А.В.(2), Павлов А.Э.(2), Ухожанский В.А.(1)

Хабаровск

1)КГБУЗ ККБ №1, 2)КГБОУ ДПО ИПКСЗ

Проводится анализ результатов лечения больных с грыжами ПОД в хирургическом отделении КГБУЗ ККБ №1 г. Хабаровска, которым с 2007 по 2013г. Выполнялись лапароскопические антирефлюксные операции по методу Nissen и Nissen-Rossetti. Также дополнительно всегда выполнялась задняя диафрагмокрурораффия 1-4 шва, а при больших дефектах пищевода отверстия диафрагмы операция дополнялась передней диафрагмокрурораффией. Показаниями к хирургическому лечению больных с ГПОД и ГЭРБ являются: неэффективность консервативного лечения ГЭРБ и рецидивирующий рефлюкс-эзофагит, развитие осложнений ГЭРБ (кровотечение, пищевод Баррета, стриктура), рефлюкс-индуцированный ларинготрахеит, неэффективность консервативной терапии ГЭРБ при отсутствии рефлюкс-эзофагита, грыжи ПОД с рефлюкс-эзофагитом и без последнего. Противопоказаниями служит ранее перенесённая верхне-срединная лапаротомия, общие противопоказания к проведению лапароскопических вмешательств. Общее количество прооперированных- 118, из них эндоскопическим методом- 75(64%), лапаротомией- 43(36%), мужчин- 39(33%), женщин- 79(67%). Средний возраст женщин- 56 лет, мужчин- 48 лет. Средний койко-день составил- 6,4. Преследовались следующие задачи: восстановление нормального топографического соотношения пищевода-желудочного перехода и пищевода отверстия диафрагмы, возобновление антирефлюксного механизма, предотвращающего заброс содержимого желудка в пищевод. Купирование клинических проявлений рефлюкс-эзофагита. В мире сегодня наиболее распространённые антирефлюксные операции при ГПОД: Nissen, Nissen-Rossetti, Hill, Dor. У нас при эндоскопических вмешательствах выполнялись операции Nissen-58(77%) и Nissen-Rossetti-17(23%). Также выполнялись симультанные операции при эндоскопических вмешательствах: ЛХЭ- 15(20%), пупочные герниопластики-10(13%), ПОВГ- 1(1,3%), полипэкссии желудка-2(2,6%), адреналэктомии-1(1,3%). При лапаротомных доступах также выполнялись симультанные операции: холецистэктомии- 2(4,6%), спленэктомии- 2(4,6%), ПОВГ- 2(4,6%). При сочетании с полипозом желудка эндоскопическая полипэкссия проводилась первым этапом, а операция по поводу ГПОД через 2-3 дня. Наблюдались следующие осложнения: рецидивы ГПОД(8,4%), транзиторные дисфагии(признак эффективной фундопликации, проходили без медикаментозного лечения). Рецидивные ГПОД оперированы: эндоскопически - 6, лапаротомией - 4. Смерть наступила у одной больной из-за сопутствующей ИБС, прогрессирования сердечной недостаточности. Выводы: Освоенные методики эндоскопического лечения эффективно используются в нашем стационаре для лечения ГПОД. Выполняются

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

симультанные операции при сочетанной патологии (ЖКБ, пупочных грыжах, вентральных грыжах, образованиях надпочечника), поэтапные (при полипах желудка). В динамике отмечается увеличение числа эндоскопических операций при ГПОД, уменьшение среднего койко-дня при данной патологии. ать!

306. Пути повышения эффективности лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухоловой этиологии с использованием лапароскопических методик

Бомбизо В.А., Яцын А.М., Берестенников А.В., Бердинских А.Ю., Гонтарев И.Н.

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Острая кишечная непроходимость – синдром, проявляющийся нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различными клиническими и морфологическими изменениями поражённой части кишки, а позднее, и всех систем организма. В структуре госпитализации в неотложный хирургический стационар острая кишечная непроходимость составляет 9,4 – 27,1%, среди них спаечная кишечная непроходимость – до 80% (Петров В.П., Ермолов А.С., Sallinen V., Wikström H.). Летальность в данной группе больных, оперированных в первые 6 часов, составляет 3,5%, а среди оперированных после 24 часов – 24,7% и более (Белоконев В.И., Абрамов А.Ю., Исаев Г.Б., Кригер А.С., Kelly K.N., Iannuzzi J.C.). Цель. Сократить сроки лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью, уменьшить количество осложнений. В Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи г. Барнаула в период с 2011 по 2014 гг. находились на лечении и были оперированы 370 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Длительность заболевания составляла от 3 часов до 7 суток. Среди пациентов преобладали женщины – 225 (60,8%). Возраст пациентов колебался от 17 лет до 89 лет. Среди причин, вызвавших острую кишечную непроходимость, нами были выявлены следующие: спаечная болезнь брюшной полости – 288 пациентов (77,8%), в том числе со странгуляцией (71 пациент), обтурация просвета кишки инородным телом (пищевой комок, желчный конкремент) – 49 пациентов (13,2%), заворот – 19 пациентов (5,1%), инвагинация – 14 пациентов (3,9%). С применением традиционного лапаротомного доступа было прооперировано 279 (75,4%) пациентов. 91 (24,6%) пациент был прооперирован с применением

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароскопического доступа. Все пациенты, которым было выполнено видеолапароскопическое вмешательство, были оперированы в первые часы от поступления, при отсутствии противопоказаний, после короткой предоперационной подготовки. Основными противопоказаниями к использованию лапароскопического доступа считали: острую кишечную непроходимость с явными признаками некроза кишки или перитонита; длительную "запущенную" кишечную непроходимость с выраженным вздутием живота. Точки введения троакаров определялись индивидуально, в зависимости от перенесенных ранее операций, локализации послеоперационных рубцов, данных УЗИ (наличие акустических окон) и клинической картины. В 70% случаев установку 10 мм троакара для визуализации выполняли в левой мезогастральной области, по нашим наблюдениям выраженность спаечного процесса здесь меньше. После введения первого троакара проводили первичный осмотр брюшной полости для выявления причины кишечной непроходимости. Основываясь на данных первичного осмотра, устанавливали лапаропорты для манипуляторов. Из оперированных лапароскопически у 31 (34,1%) пациента причиной непроходимости были одиночные шнуровидные спайки, вызывавшие странгуляционную кишечную непроходимость и у 41 (45,1%) пациента – множественные плоскостные сращения. Рассечение спаек выполняли эндохирургическими ножницами в бессосудистых зонах, либо при помощи ультразвукового диссектора. По нашим наблюдениям это наиболее эффективный и безопасный метод. У 13 (3,5%) пациентов ограничили диагностической видеолапароскопией в связи с тотальным спаечным процессом в брюшной полости, что потребовало выполнения лапаротомии. При выявлении обтурации просвета кишки инородным телом (7 пациентов (1,9%)) проводили лапароскопическую энтеротомию в 3 случаях, а у 4-х пациентов вмешательство из минидоступа. Успешных лапароскопических устранений заворота проведено 12. В 11 (3%) случаях была выполнена видеоассистированная резекция участка тонкой кишки с наложением аппаратного анастомоза из минидоступа в связи с некрозом тонкой кишки. После ликвидации препятствия выполняли ревизию всей тонкой кишки, начиная от спавшегося отдела по направлению к раздутому – вероятность повреждения стенки кишки в этом случае значительно ниже. Операцию заканчивали санацией брюшной полости и ее дренированием одним или двумя тонкими трубчатыми дренажами диаметром 5 мм. Зарегистрировано 2 осложнения (2,2%) – перфорации кишки при рассечении плотных сращений. Образовавшиеся дефекты были ушиты из минидоступа. Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре после видеолапароскопических операций составила 5,6 дней, пациентов оперированных традиционно – 10,1. У пациентов, оперированных традиционным способом, послеоперационные осложнения возникли в 11 случаях (4,7%), в том числе нагноение раны – 4, инфильтрат брюшной полости – 3, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 3, несостоятельность тонкокишечного анастомоза у 1 пациента. У 4 (4,4%) пациентов после лапароскопических вмешательств в послеоперационном периоде развился рецидив спаечной тонкокишечной непроходимости, что потребовало лапаротомии и ликвидации осложнения. Других послеоперационных осложнений у больных данной группы не зафиксировано. Летальных исходов после эндохирургических вмешательств не было. Заключение: Видеолапароскопические

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

вмешательства являются эффективным методом миниинвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз острой кишечной непроходимости и определить характер, уровень непроходимости, а также оценить состояние кишки и ликвидировать причину кишечной непроходимости. Эндовидеохирургическое рассечение спаек - это эффективный метод лечения больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью, особенно при странгуляции, что позволяет избежать некроза кишки, снизить срок пребывания в стационаре, количество послеоперационных осложнений и минимизировать интраоперационную травму.

307.К вопросу о лечебно-диагностической лапароскопии при тяжелом течении острого панкреатита

Болгов А.И., Долудин А.В., Оганесян Г.Г., Хренов В.Е., Шлыков О.А.

Воронеж

БУЗ ВО "ВГКБ №3"

Больные с острым панкреатитом (ОП) составляют значительную часть (15-20%) от числа госпитализированных в общехирургический стационар. В последние годы существенно вырос вклад миниинвазивных способов хирургического лечения в диагностике и лечении данной патологии. За последние 3 года в БУЗ ВО "ВГКБ №3" пролечен 1281 пациент с ОП. Из них тяжелая форма зарегистрирована нами у 98 пациентов (7,6%). У 71 пациента с тяжелым ОП к концу первых 24-х часов сохранялся выраженный болевой синдром, отмечалось 2-3 признака SIRS. Также отмечался высокий уровень амилаземии, амилазурии и лейкоцитарного индекса интоксикации. 68 больным со стабильной гемодинамикой произведена видеолапароскопия под ЭТН, которая носила характер лечебно-диагностической операции. У 3-х пациентов выявлен мезентериотромбоз, у 1 - деструктивный аппендицит с атипичным расположением (у хвоста поджелудочной железы) на фоне врожденной аномалии толстого кишечника. У 5 пациентов с учетом выявленных признаков распространенного панкреонекроза и парапанкреатита произведена конверсия на лапаротомию. Остальным больным во время видеолапароскопии произведена аспирация перитонеального экссудата объемом от 100 до 1000 мл с высоким уровнем амилазы. Брюшная полость в обязательном порядке санирована 2-3 литрами растворов антисептиков. Производилось дренирование поддиафрагмальных пространств и полости малого таза силиконовыми дренажами № 20-24. В послеоперационном

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

периоде признаков развития гнойно-септических осложнений ОП у данных пациентов мы не отмечали. Выраженный лечебный эффект лапароскопии, по нашему мнению, заключается в эвакуации токсического экссудата из брюшной полости и адекватной санации, что позволяет купировать ферментативный перитонит и существенно снизить выраженность эндотоксикоза уже на раннем этапе лечения больного. Таким образом, наш опыт позволяет надеяться, что более широкое применение лечебно-диагностической лапароскопии в течение первых суток от момента госпитализации позволит улучшить результаты лечения больных с тяжелым течением ОП.

308. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Самсалиев А.Дж., Молдоисаев К.Б.

Бишкек, Киргизия

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

Цель исследования: изучить частоту, клинические проявления и осложнения при инородных телах (ИТ) дыхательных путей у детей. Материалы и методы: изучены данные 521 больного находившихся на стационарном лечении в торакальном отделении ГДКБ СМП г. Бишкек за 2002-2012 годы. Больным кроме общеклинических методов исследования проводилось обзорная рентгенография органов грудной клетки, по показаниям в двух проекциях и томография. Бронхография - у 7 больных при позднем поступлении. Результаты и обсуждения: мальчики встретились в 339 (65,1%), девочки - 182 (34,9%) случаях. В возрастном аспекте: до 1 года 104 (20,0%), 1-3 года - 311 (59,7%), 4-6 лет - 59 (11,3%), 7-15 лет 47 (9,02%) больных. Таким образом, в возрасте до 3-х лет встретилось - 79,7%, что обусловлено оставлением детей без присмотра и привычкой детей брать в рот предметы, поперхиванием во время еды. Поступили от момента заболевания: до 24 часов - 275 (52,8%) больных, из них до 2-х часов - 192 (36,8%), до 6 часов - 45 (8,6%), 6-24 часа - 38 (7,3%). До 2-х суток - 123 (23,6%), от 3-х до 6 суток - 85 (16,3%), до 1 месяца - 18 (3,5%), 2-6 месяцев - 14 (2,7%), до 2-х лет - 6 (1,2%) больных. Больные поступившие поздно составляют - 38 (7,3%). При изучении анамнеза выявлено, что они получали неоднократное амбулаторное или стационарное лечение, без рентген контроля органов грудной клетки с диагнозами: острый или хронический бронхит, острая респираторная инфекция, очаговая пневмония. Клиническими признаками попадания инородных тел в нижние

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дыхательные пути являлись: приступообразный кашель (68,1%), приступ удушья и посинение (67,9%), сухой и раздражающий кашель (58,7%), при позднем обращении повышение температуры тела (50,5%). Аускультативно: от ослабления до полного отсутствия дыхания на стороне поражения отмечено у (48,6%), наличие свистящего дыхания (24,8%), сухие и влажные хрипы (95,2%). Рентгенологические признаки зависят от характера закупорки бронхов и выявлено: наличие тени инородного тела у (10,4%), повышения прозрачности, эмфизематозное легкое (88,7%), смещение тени органов средостения (42,4%), наличие ателектаза (25,7%). При лечении бронхоскопия применена у всех больных, из них в экстренном порядке у (57,2%) больных, плановом у (42,8%). Всего проведено бронхоскопий 595 раз. Показаниями к повторной бронхоскопии были: трудноудаляемые ИТ, после удаления «кускованием», наличие гнойно-фибринозного эндобронхита и ателектазов. Оперативному лечению подверглись 7 больных. При изучении отдалённых результатов выявлено: наличие бронхоэктазов у 4 (0,8%), деформирующийся бронхит у 9 (1,7%) случаев у поздно обратившихся и оперированных больных. Летальный исход отмечен в 2 (0,4%) случаях. Выводы: 1. Отмечается частота ИТ дыхательных путей у детей до 3-х лет (79,7%). 2. Клинические проявления зависят от объема, характера ИТ и наблюдаются случаи позднего обращения (7,3%), что необходимо учитывать педиатрами при обращении в ЦСМ или повторном поступлении в стационар для своевременной диагностики. 3. Поздние осложнения при ИТ дыхательных путей наблюдались у 2,5%, летальные исходы в 0,4% случаях.

309. Ближайшие результаты лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста

Кузратов Ф.Х. 1, Махмадов Ф.И.1, Камилов Г.Т.2, Холов К.Р. 2, Рафиков С.Р.3, Султонов Б.Д. 2, Икромов Б.А. 2

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино
1Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе
2Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров
3

В статье анализируются непосредственные результаты лапароскопической холецистэктомии у 76 больных пожилого и старческого возраста. Цель исследования. Изучение ближайших результатов лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у больных пожилого и старческого возраста.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Материал и методы. Изучены непосредственные результаты ЛХЭ у 79 больных острым калькулезным холециститом (ОКХ), которые были оперированы в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, на базе ГКБ СМП в период с 2006 по 2014 г. Возраст больных варьировал от 60 до 83 лет, в т.ч. пациентов пожилого возраста было 58 (73,4%), раннего старческого возраста – 19 (24,1%), глубокого старческого возраста – 2 (2,5%). Женщин было 63 (79,8%), мужчин - 16 (20,2%). С учетом общего статуса, наличие сопутствующих патологий и патоморфологических изменений желчного пузыря 38 (48,1%) пациентам выполнена стандартная ЛХЭ, 26 (32,9%) - ЛХЭ от дна и 12 (15,2%) - субтотальная ЛХЭ. В 3 (3,8%) наблюдениях осуществлен переход на конверсию. Результаты. В 3 (3,8%) наблюдениях при разделении спаек и выделении шейки пузыря было заподозрено наличие синдрома Мирризи, для подтверждения которого нами была выполнена интраоперационная холангиография. Наличие синдрома Мирризи I типа при интраоперационной холангиографии было подтверждено во всех 3 случаях, что было произведено ЛХЭ. Ввиду плохой дифференцировки области шейки желчного пузыря и риска ятрогенного повреждения 1 пациенту из этой группы произведено ЛХЭ от дна. Развитие послеоперационных осложнений отмечено в 6 (7,6%) случаях, что проявилось нагноением троакарных ран (n=1), желчеистечением (n=2) и развитием гипостатической пневмонии (n=3). А также желчеистечение из ложа желчного пузыря (50-100 мл) имело место у 4 (5,0%) больных, которое прекратилось самостоятельно на 2-3 сутки. Максимально ранняя активизация пациентов способствовала уменьшению количества послеоперационных осложнений со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем, что специфично больным старших возрастных групп, а также раннему восстановлению перистальтики кишечника. Среди 79 пациентов, оперированных лапароскопическим методом, у 3 (3,8%) осуществлен переход на конверсию. Причинами конверсии явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки в 2 (2,5%) случаях, кровотечение - в 1 (1,2%). Большое значение в профилактике специфических осложнений после ЛХЭ имеет правильное выполнение техники вмешательства. Данный вывод подтверждается тем, что в начале освоения техники ЛХЭ специфических осложнений было примерно в 5 раз больше, чем в период свободного владения ею. Неспецифические осложнения не зависят от выполнения оперативного вмешательства, а их возникновение связано с неадекватной предоперационной подготовкой и анестезией, а также от неадекватного и неэффективного ведения послеоперационного периода. Заключение. Индивидуализированные технические модификации ЛХЭ в зависимости от конкретной ситуации у каждого больного пожилого и старческого возраста позволяют снизить количество послеоперационных осложнений у этого тяжелого контингента.

310.ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ.

Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Устименко И.В., Бондаренко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет

Цель работы: на основании имеющегося опыта, определить показания и противопоказания к лапароскопическим операциям при прободных язвах желудка и 12-перстной кишки. Материал и методы: Эндовидеохирургическая технология ушивания перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки с 2005 г. по 2014 г. была применена у 88 пациентов. Прободная язва выходного отдела желудка встретилась у 32 (36,4%) больных, 12-перстной кишки - у 56 (63,6 %) больных. Всем пациентам выполняем обзорную рентгенограмму органов брюшной полости, ЭФГДС. Результаты и обсуждение: Операцию начинаем с выполнения видеолапароскопии для оценки выраженности перитонита и определения локализации перфорации. Вводим 2 - 3 дополнительных троакара, выполняем санацию брюшной полости. Перфоративное отверстие (его диаметр составлял от 0,2 до 0,5см) ушиваем отдельными узловыми интракорпоральными швами, место ушивания перитонизируем прядью большого сальника. Брюшную полость дренируем ПВХ-трубками и перчаточной резиной в малый таз и к месту ушивания перфорации. В послеоперационном периоде пациенты получают инфузионную, антибактериальную, противоязвенную терапию. Больные активизируются на 2-3 сутки после операции. При язве желудка биопсия желудка берется как при ЭФГДС, так и во время операции. В удовлетворительном состоянии пациенты выписываются на 5-8 сутки после операции. Осложнения в виде несостоятельности швов встретились у 1 пациента, что составило 1,13%. Этому больному выполнена лапаротомия, повторное ушивание перфоративного отверстия. Показания к эндохирургической операции: локализация язвы в доступном для ушивания месте, размеры язвы: для желудка не более 0,5 см в диаметре, ДПК не более 1 см в диаметре. Противопоказания: разлитой перитонит, стеноз выходного отдела желудка, множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, подозрение на малигнизацию язвы, каллезные язвы, наличие "множественных" язв, сочетание перфорации с кровотечением. Выводы: Видеолапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка и 12 перстной кишки является оптимальным методом лечения при соблюдении соответствующих показаний и противопоказаний. Преимущества данного метода - малая травматичность операции, ранняя активизация больного, снижение сроков нетрудоспособности. Лечебная тактика определяется во время диагностической лапароскопии. При видеолапароскопическом ушивании прободной язвы желудка и 12-

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

перстной кишки необходимо выполнять фиброгастродуоденоскопию для исключения множественных язв.

311.ГЕМОСТАЗ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Все применяемые в современной эндоскопической хирургии методы гемостаза имеют различные положительные и отрицательные стороны. Разноречивые сведения имеются о эффективности применения лазерных и ультразвуковых скальпелей. Эндоскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита произведена 170 больным. Возраст больных от 23 до 82 лет. Мужчин-48. Женщин-122. Все пациенты госпитализированы в сроки до 4-х суток с момента заболевания. Оперативные вмешательства выполнены в течение первых суток с момента поступления. Острый флегмонозный холецистит был у 125 больных, гангренозный- у 45. Все оперативные вмешательства выполнялись под общим обезболиванием. Использовались электрохирургические комплексы- "Martin", "Olympus", "Valleylab", АИГ-неодимовый лазер "Ласка" (96 операций), ультразвуковые скальпели "Ultracision", "Auto Sonix", " En Seal". Световод лазерного скальпеля вводился в брюшную полость через канал холангиографического зажима. Выделение производилось после предвари-тельной пункции желчного пузыря, эвакуации содержимого и гидропрепа-ровки. В большинстве случаев, при наличии сосудов большого диаметра на стенке желчного пузыря, дополнительно применялась электрокоагуляция. Осложнений, связанных с применением лазерного скальпеля не было. Ультразвуковые скальпели использовались для выделения желчного пузыря из сращений. Эндокрючок менее удобен в работе, чем электрохирургический инструмент, так как не позволяет захватывать достаточно большие участки ткани, замедляя выделение желчного пузыря из ложа. На этом этапе с успехом могут применяться эндоножницы. Ультразвуковой скальпель с успехом может использоваться для санации подпеченочного пространства при вскрытии просвета желчного пузыря за счет кавитации в растворах антисептиков. Осложнений во время оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде не было. Результаты и обсуждение Выполнение операций при остром холецистите

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

занимало больше времени и требовало использования повышенной мощности электрохирургической аппаратуры. Без дополнительного применения электрокоагуляции эндоскопические холецистэктомии выполнены только у 42 из 170 больных (24,7%). Таким образом, самым эффективным физическим методом холе-и гемостаза при эндоскопических операциях продолжает оставаться электрокоагуляция. Ультразвуковую кавитацию целесообразно использовать для санации подпеченочного пространства и операционных ран.

312. ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Цель исследования: оценка функционального состояния печени у больных пожилого и старческого возраста до и после выполнения эндоскопической холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита. Материалы и методы. Исследование функционального состояния печени в раннем послеоперационном периоде проведено у 130 больных. Возраст больных от 61 до 83 лет. Мужчин-29. Женщин-101. Острый флегмонозный холецистит был у 95 больных, гангренозный- у 35. Все оперативные вмешательства выполнялись под общим обезболиванием. В качестве группы сравнения обследована группа больных из 60 человек, перенесших эндоскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Определение активности аспартат-и аланинамино-трансфераз на аппарате "COBAS EMIRA" ("Roche", Швейцария). Результаты. У больных пожилого и старческого возраста при остром калькулезном холецистите уровень трансаминаз превышал норму в два раза и был достоверно выше, чем у пациентов без сопутствующих заболеваний печени. Выполнение эндоскопической холецистэктомии приводило к значительному повышению уровней трансаминаз, пик активности приходился на 2-е сутки. Только к 7-м суткам после операции уровень активности ферментов начинал приближаться к норме. Выводы. У больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом имеются выраженные нарушения функции печени, нарастающие в момент выполнения эндоскопической холецистэктомии и раннем послеоперационном периоде.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Это требует применения медикаментозной защиты печени как во время оперативных вмешательств, так и послеоперационном периоде и продолжения терапии в амбулаторных условиях.

313.ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Цель исследования: разработка методики атипичной лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите с целью снижения количества конверсий в клинической практике. Материал и методы исследования В наших клиниках за период с 1993 по 2013 г.г. находилось на лечении по поводу острого калькулезного холецистита 2893 больных. С момента разработки атипичные методики выполнения лапароскопической холецистэктомии (АЛХЭ) применялись при лечении 482 больных с острым холециститом в возрасте от 24 до 86 лет. Мужчин - 148 (30,7 %), женщин - 334 (69,3 %). Контрольную группу составили 100 пациентов, которым эндоскопическая холецистэктомия выполнена по стандартным методикам. Нами оптимизирована техника лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), за счет комбинации, как известных на сегодняшний день методик, так и свои оригинальных разработок, что позволяет выполнить ЛХЭ даже в сложных технических ситуациях. Принципиальные основы ее изложены в патенте на изобретение «Способ лапароскопической холецистэктомии». Технические принципы проведения этих операций следующие: вскрытие полости желчного пузыря, облегчающее ориентировку; оставление стенок желчного пузыря в местах их прочной фиксации с окружающими тканями на месте и иссечение по видимой границе только свободных участков стенки желчного пузыря; уничтожение (мукоклазия) слизистой оболочки желчного пузыря на оставленных участках. В группе больных, перенесших типичную ЛХЭ, осложнения наблюдались у 1,7 % больных. После АЛХЭ, осложнения отмечены у 6 % пациентов. Мы считаем это естественным, так как условия, которые вынуждают хирурга к применению атипичной методики операции значительно труднее, чем те, с которыми он сталкивается при проведении типичной ЛХЭ. Несмотря на больший процент осложнений при проведении АЛХЭ нам удалось полностью

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

избежать интраоперационных осложнений при выполнении атипичных методик, в том числе таких серьезных, как повреждение внепеченочных желчевыводящих путей. В этой группе не отмечалось послеоперационных кровотечений. Желчеистечение в подпеченочное пространство имело место в 1,5 % случаев, ограниченные жидкостные образования ложа желчного пузыря - 3 %, нагноение подкожной жировой клетчатки в ране, использованной для извлечения желчного пузыря - 0,76 %. Заключение Предлагаемые технологии позволяют в подавляющем большинстве технически сложных ситуаций при оперативном лечении острого калькулезного холецистита выполнить вмешательство лапароскопическим способом, что позволяет рекомендовать их к более широкому применению в клинической практике.

314. ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Ведущую роль в успешном лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями играет ранняя и точная диагностика его источника. Факт наличия желудочно-кишечного кровотечения устанавливается хирургом приемного отделения стационара на основании клинической картины заболевания. Всем больным ЭГДС выполнялась в экстренном порядке. При невозможности визуализировать источник кровотечения из-за большого количества крови выполняли промывание желудка с помощью толстого желудочного зонда и выполняли повторное эндоскопическое исследование. Наиболее часто для остановки кровотечения применяли инъекционный метод. Для инъекций использовали смесь раствора адреналина и гипертонического раствора в соотношении 1:5 в количестве от 5 до 15 мл. Через биопсийный канал эндоскопа проводили инъектор, к дистальному концу которого присоединяют шприц с раствором. Иглой прокалывали слизистую оболочку и вводили раствор по периметру язвы из нескольких точек до полной остановки кровотечения. Образовавшийся после инъекции отек слизистой оболочки сохраняется в течение 2-3 суток. С помощью инъекционного метода удалось добиться гемостаза у 96,2% пациентов. Эндоклипирование - безопасный и эффективный метод гемостаза при кровотечениях, однако,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

при хронических каллезных гастродуоденальных язвах его применение для эндоскопического гемостаза является не всегда технически выполнимо. Для остановки кровотечения с помощью токов высокой частоты использовались зонды для моноактивного и биактивного способов диатермокоагуляции. При выполнении аргоноплазменной коагуляции через биопсийный канал эндоскопа проводили зонд-аппликатор с наружным диаметром 2,3 мм, соединенный с источником аргона и электрокоагулятором. Дистальный конец зонда-аппликатора располагают в 5-10 мм от конца эндоскопа и в 5-8 мм от субстрата. При объемной скорости потока аргона 2 л/мин и электрической мощности 60 Вт производили аргоноплазменную коагуляцию поверхности язвы 4-5 импульсами по несколько секунд каждый до достижения надежного гемостаза, что определяется визуально. При продолжающемся желудочно-кишечном кровотечении воздействию аргоноплазменной коагуляции подвергают непосредственно кровоточащий сосуд; при наличии тромбированного сосуда необходимо выполнять коагуляцию после отмывания дефекта и удаления тромба. В заключение следует подчеркнуть, что диагностика и лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями является сложной, окончательно нерешенной проблемой. Современные эндоскопические технологии позволяют осуществить не только временный, но и окончательный местный гемостаз, а также провести мероприятия, препятствующие возобновлению кровотечения, что, в свою очередь, дает возможность избежать экстренной операции или при необходимости выполнять плановую операцию в более благоприятных условиях.

315. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Летальность при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта достигает 10% за счет пациентов старших возрастных групп с сопутствующей патологией. Основная задачей, стоящей перед хирургической бригадой - определение группы пациентов с высоким риском рецидива кровотечения. Эндоскопическое исследование на сегодняшний день является основным методом диагностики локальной

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

причины кровотечения, а следовательно определения низкой или высокой степени рецидива кровотечения. Согласно эндоскопической классификации Forrest являющейся базисной при определении тактики ведения больных рецидив кровотечения возникает: при активном кровотечении F I a – пульсирующей струей и F I b – потоком в 55% случаев; при признаках недавнего кровотечения F II a – видимый некровоточащий сосуд в 43%, при F II b – фиксированный тромб-сгусток в 22%, при F II c – плоское черное пятно 10%; при отсутствии признаков кровотечения F III – язва с чистым (белым) дном менее 5%. Наибольшие дискуссии и в плане диагностики, и в плане значимости прогноза рецидива вызывает тип II a видимый сосуд, который в дне язвы может быть представлен «часовым» тромбом или «жемчужным» бугорком. «Жемчужный» бугорок – это эрозированный сосуд, дефект в стенке которого закрыт за счет его спазма, а не тромбом. В этом случае риск рецидива кровотечения особенно велик. Мы поддерживаем мнение тех исследователей которые рекомендуют отражать в протоколе знаками F II a v+ наличие «жемчужного» бугорка и F II a v- наличия «часового» тромба. Установлено, что если в дне язвы обнаружен жемчужного цвета бугорок или красный бугорок с жемчужным ободком (F II a v+), имеется более тяжелое повреждение сосудистой стенки, чем в тех случаях, когда выявляется «часовой» тромб без жемчужного ободка (F II a v-). При эндоскопической картине, соответствующей типу F II c (плоское черное пятно), риск рецидива кровотечения считается невысоким. Большинство ошибок у эндоскопистов возникает у пациентов с F III – язва с чистым (белым) дном, с одной стороны в 20% случаев при морфологическом исследовании в дне язвы обнаруживают эрозированный сосуд, который маскируется фибрином и не виден при эндоскопическом осмотре, с другой пропускается источник другой локализации при сочетанной патологии. Поэтому считаем, что для констатации группы FIII необходимо предварительное отмывание дна дефекта от фибрина для выявления тромбированных сосудов с тромбами белого цвета. Внедрение дополнительных диагностических методик и критериев выявления признаков высокого риска рецидива гастродуоденальных язвенных кровотечений позволяет своевременно эндоскопическую профилактику у этой группы больных и при отсутствии положительного результата своевременно определить показания к оперативному лечению.

316. Опыт применения видеолaparоскопии в травмоцентре 1-го уровня

Самохвалов И. М., Суворов В. В., Гончаров А. В., Маркевич В. Ю., Пичугин А. А., Головкин К. П., Халаф Ж. М., Казначеев М. В., Свирида В. С.

Санкт-Петербург

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Несмотря на достижения современной медицины, диагностика и лечение ранений и травм живота, как изолированных, так и в качестве ведущей патологии при сочетанных ранениях и травмах, продолжает оставаться актуальным и дискуссионным разделом современной хирургии повреждений. Актуальность проблемы подчеркивается тем, что абдоминальная травма регистрируется у более чем 60% трудоспособного населения и составляет до 12,5% от общего числа травм. Послеоперационные осложнения развиваются у более чем 25% пациентов, а уровень летальности достигает, по разным источникам, до 50%. Отдельного внимания заслуживает вопрос о необходимости и целесообразности выполнения эндовидеохирургических вмешательств, в частности, видеолапароскопий при абдоминальной травме. Преимущества эндоскопических вмешательств общеизвестны: значимое снижение уровня хирургической агрессии, отказ от травматичных и длительных диагностических вмешательств, возможность детального осмотра труднодоступных мест, улучшение результатов и сокращение сроков лечения. Обязательными условиями для выполнения эндовидеохирургических вмешательств является наличие соответствующего оборудования и квалифицированный медицинский персонал. Одним из важнейших условий, является возможность объективной оценки возможности выполнения вмешательства малоинвазивным способом. Для этой цели, в течение ряда лет, в клинике военно-полевой хирургии – региональном травмацентре 1-го уровня, применяется шкала ВПХ-ЭХ. В зависимости от суммы баллов, вычисляемых по нескольким критериям, оценивается возможность выполнения эндовидеохирургического вмешательства. Для диагностики и лечения пациентов с ранениями и травмами живота в клинике применяется следующий лечебно-диагностический алгоритм. При поступлении пострадавшему выполняется сокращенное (целевое) ультразвуковое исследование брюшной полости. В случае отсутствия свободной жидкости в брюшной полости реализуется прокол динамического наблюдения: контроль гемодинамики клинический анализ крови, FAST брюшной полости. В сомнительных случаях – лапароцентез с применением метода «щадящего катетера» и диагностическим перитонеальным лаважем. В случае обнаружении свободной жидкости и при условии стабильной гемодинамики пациенту выполняется диагностическая лапароскопия. При получении крови в ходе выполнении лапароцентеза и при условии нестабильности гемодинамики выполняется лапаротомия. При получении «розовой жидкости» проводится диагностический перитонеальный лаваж с последующим определением количества эритроцитов в 1 мм³ оттекающей жидкости. Исходя из данных лабораторного анализа, реализуется либо протокол динамического наблюдения, либо выполняется лапароскопия, либо лапаротомия. Предложенная Дерябиным И. И. в середине 1970-х годов, получившая дальнейшее развитие и успешно внедренная в клиническую практику концепция травматической болезни, позволяет достоверно прогнозировать в определенный период времени развитие тех или иных ближайших последствий и осложнений у пострадавших с абдоминальной травмой. За

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

период с 2001 по 2014 гг. в клинике военно-полевой хирургии было выполнено 924 лечебных и диагностических видеолапароскопий. В соответствии с периодами течения травматической болезни, статистика распределилась следующим образом: оперативные вмешательства по неотложным показаниям составили 73,7% (682), срочные показания у пострадавших были выявлены в 4,5% (42), отсроченные показания имелись у 20,3% (188) и реконструктивно-восстановительные вмешательства были выполнены 1,5% (12) пациентов. В первом периоде травматической болезни, по неотложным показаниям, 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). Применение лапароскопии привело к исчерпывающей диагностике абдоминальной травмы. 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. В качестве альтернативы безгазовым лапароскопиям с применением лапаролифтинга мы применяем лапароскопии на низком внутрибрюшном давлении, реализуемом с помощью специального инсуффлятора отечественного производства, который, в автоматическом режиме, определяет минимально возможное внутрибрюшное давление не вызывающее сдавления крупных сосудов и поджатие сердца диафрагмой. При его использовании давление в брюшной полости составляет около 4-6 мм. рт. ст. без какого либо ущерба для обзора и свободы манипуляций. Для третьего периода течения травматической болезни (период максимального риска развития инфекционных осложнений) характерными оперативными вмешательствами 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, выполнялись реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства (устранение послеоперационных вентральных грыж, восстановление непрерывности ЖКТ). В качестве перспективных разработок, нашедших свое применение при лечении абдоминальной травмы, в клинике военно-полевой хирургии разработан, апробирован на биообъектах и внедрен в клиническую практику метод временного внутриполостного гемостаза, основанный на применении местных внутриполостных гемостатиков, обладающих различными физическими свойствами (жидкость, пена, гель) и вводимых в том числе, в ходе эндовидеохирургических оперативных вмешательств. Результатами внедрения эндовидеохирургических технологий в диагностику и лечение тяжелых ранений и травм живота в клинике военно-полевой хирургии явилось уменьшение сроков лечения в отделениях интенсивной терапии, уменьшение сроков нетранспортабельности. Использование предложенного лечебно-диагностического алгоритма (FAST, лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж) обусловило снижение летальности до 8,9%, частоты развития осложнений до 14,3%, значимое сокращение числа

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароцентезов, как инвазивного метода первичной (скрининговой) диагностики при травме живота, позволило избежать «напрасных» лапаротомий.

317. Сложные лапароскопические холецистэктомии при остром холецистите

Хрипун А.И., Сажин И.В.

Москва

РНМУ им. Н.И. Пирогова, ГКБ №12

Цель исследования. Изучены интраоперационные ситуации при различных формах острого холецистита, в зависимости от сроков заболевания и макроморфологических изменений в зоне желчного пузыря (ЖП) и обоснован характер выполнения лапароскопических холецистэктомий. Материал и методы исследования. Анализ проведен у 249 больных с острым холециститом. Среди больных преобладали лица женского пола – 80,7%. Возраст больных колебался от 18 до 87 лет, при этом преобладали пациенты старше 50 лет 59,3%. У оперированных больных выделены следующие формы воспаления: острый катаральный холецистит (ОКХ) – 16,5%, острый флегмонозный холецистит (ОФХ) – 56,2%, острый гангренозный холецистит (ОГХ) – 27,3%. Из 249 оперированных больных – 113 (45,4%) поступили до 24 часов, 136 человек (54,6%) поступили позже 24 часов. Результаты и их обсуждение. При ОКХ чаще всего в период от 24 до 72 часов у больных развивалась рыхлая инфильтрация тканей с вовлечением в воспаление ЖП и сальника. При рыхлом инфильтрате вокруг ЖП и в его шейке, сначала отделяем сальник от дна ЖП. Затем ЖП фиксируется инструментом и отводится в сторону печени. С фиксированного ЖП другим инструментом производится подтягивание припаянного органа, натянутые рыхлые сращения и спайки поочередно коагулируются. Обнажив шейку ЖП, тупым путем с помощью диссектора или тампона, продолжаем разделение инфильтрата до визуализации холедоха. В результате обнажается треугольник Кало. Брюшина, покрывающая шейку ЖП и пузырный проток, в 0,8-1см от шейки ЖП, захватывается кончиком диссектора и рассекается с помощью коагуляции. В образовавшуюся рану брюшины вводим кончик диссектора, которым постепенно отделяем и рассекаем инфильтрированную брюшину. По мере рассечения брюшины открываются, спаянные вместе, инфильтрированные пузырный проток и пузырная артерия. Последующее тупое разделение пузырного протока и пузырной артерии, начиная от шейки ЖП, позволяет выделить их на достаточном расстоянии для клипирования и пересечения.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

При рыхлой инфильтрации тканей выделение ЖП из ложа в печени производится при его оттягивании от печени. При обнаружении мягких плоскостных сращений, их пересекаем с помощью коагуляции ближе к стенке ЖП, при обнаружении плотных образований производим их клипирование и пересечение. Предлагаемая техника ЛХЭ при рыхлых инфильтративных изменениях тканей позволяет полностью выделить и удалить ЖП. При ОФХ и ОГХ рыхлые инфильтративные изменения вокруг ЖП к 3м суткам уменьшаются за счет образования плотных инфильтратов, с вовлечением в воспаление сальника и других органов. Разделение плотного инфильтрата представляет существенные трудности и сопровождается интенсивным кровотечением. При плотном инфильтрате ЛХЭ выполняется атипично в ограниченной зоне подпечёночного пространства. Принцип отделения органа, закрывающего дно ЖП такой же, как при рыхлом инфильтрате. На этом этапе может возникнуть первое непреодолимое препятствие для дальнейшего выполнения ЛХЭ. «Каменистая» плотность инфильтрата, порой, позволяет выделить только дно или часть стенки ЖП. В таких ситуациях не обязательно прибегать к конверсии и выполнять лапаротомию. Более рационально выполнить субтотальную резекцию ЖП с удалением конкрементов, коагуляцией слизистой ЖП и установкой дренажа в его просвет. Предотвратить желчеистечение через пузырьный проток и оставшуюся часть ЖП можно клипированием его культи под контролем лапароскопа. При невозможности клипировать культу ЖП достаточно установить и фиксировать в пузырьном протоке и культе ЖП по одному дренажу соответствующего диаметра. В случае полного выделения ЖП, пузырьного протока и пузырьной артерии из инфильтрата, дифференциации холедоха, выполняем его выделение из ложа в печени. Это один из ключевых моментов ЛХЭ, так как при попытке полного выделения ЖП из ложа в печени возникает трудно останавливаемое кровотечение. В случае плотного сращения задней стенки ЖП с печенью, допустима резекция ЖП без задней стенки, с последующей её коагуляцией и дренированием подпеченочного пространства. Выводы. Таким образом, выбор способа лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите зависит от срока заболевания и морфологической картины в зоне желчного пузыря.

318.СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ У БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ.

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.

Москва

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

АКТУАЛЬНОСТЬ – обусловлена необходимостью сравнительной оценки эффективности лапароскопической операции эзофагокардиомиотомии в комбинации с различными видами фундопликации при лечении ахалазии кардии (АК). **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Проведен анализ результатов лечения 422 больного АК. У 207 (49,1%) больных лечение было начато с курсовой кардиодилатации. Операция эзофагокардиомиотомия была выполнена 265 (62,8%) больным, причем, в качестве первого метода лечения - 187 (44,3%). Лапароскопически эта операция была выполнена в 76,6% (203/265) случаев. Неполная косая задне-боковая протяженная фундопликация по оригинальной методике (на 270о-320о) выполнена в 64,9% (172/265), по Дору - в 32,1% (85/265), по Ниссену – 1,5% (4/265), циркулярная ненатяжная фундопликация по оригинальной методике – 2,6% (7/265). В 20,8% (55/265) случаев были выполнены симультанные операции: 1 гастро-дуоденопластика, 52 холецистэктомии, 2 парциальные резекции желудка по поводу лейомиомы. 30 (11,3%) больным было выполнено удаление пищевода с одномоментной пластикой. 3-м больным эта операция была выполнена лапароскопическим транسخиатальным доступом. В 2 случаях данная операция была выполнена при подозрении на злокачественную трансформацию, в 21 - при рецидивах АК после кардиодилатации (12) или эзофагокардиомиотомии (9). В 7 случаях – в связи с бесперспективностью органосохраняющего лечения. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Рецидив дисфагии в отдаленном периоде был выявлен у 6 из 265 (2,3%), перенесших операцию эзофагокардиомиотомии. Явления дисфагии I степени наблюдались у 3 из 6 больных и не требовали специальных мероприятий. Рефлюкс-эзофагит через 6-12 мес - у 2,6% (7/265) б-х. Причем, у всех этих больных была выполнена фундопликация по Дору. В группе больных с ахалазией кардии III ст дисфагии в отдаленном периоде не отмечено. У всех больных (103/265) при ахалазии III-IV ст отмечено сокращение просвета пищевода. Из 207 больных, которым изначально проводилась курсовая кардиодилатация – рецидивы заболевания были выявлены у 118 больных (57,0%). Большинство, 71 (60,1%) больным этой группы была выполнена операция Геллера. У 33 (28,0%) лечение продолжено путем кардиодилатации. В 14 (11,9%) случаях была выполнена пластика пищевода. Всего по поводу рецидива дисфагии после операции эзофагокардиомиотомии оперировано 17 больных. 9 больным, ранее оперированным по различным методикам без адекватной антирефлюксной операции, в связи с рецидивом заболевания на фоне пептического эзофагита была выполнена экстирпация пищевода. В 8-ми случаях была выполнена релапароскопия, повторная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией. В одном случае рецидив дисфагии после операции эзофагокардиомиотомии, выполненной в нашей клинике. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** После операции эзофагокардиомиотомии отмечено незначительное количество рецидивов ахалазии кардии. Это вмешательство также высокоэффективно при лечении рецидивов после кардиодилатации. Эффективность эзофагокардиомиотомии значительно выше в сочетании с адекватной антирефлюксной операцией.

319. Эндовидеохирургическое лечение нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы.

Семенов 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) ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова 2) ФГУ ФЦ СКЭ им. В. А. Алмазова

В настоящее время при лечении нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы успешно применяются лапароскопические и робот-ассистированные операции. Представлен пятилетний опыт лечения пациентов с органическим гиперинсулинизмом и нефункционирующими нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. С 2009 по 2014 год с помощью эндовидеохирургических методов оперировано 20 пациентов, у 16 из которых на дооперационном этапе был установлен диагноз органического гиперинсулинизма, инсулиномы поджелудочной железы. У 4 пациентов имелись нефункционирующие нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы. Было выполнено 10 лапароскопических (6 дистальных резекций и 4 энуклеации образований) и 10 робот-ассистированных (4 дистальные резекции и 6 энуклеаций) вмешательств. Для разделения тканей применялся ультразвуковой скальпель Harmonic. После мобилизации поджелудочной железы выполнялось интраоперационное ультразвуковое исследование с использованием лапароскопического датчика. С помощью этого исследования локализовать образования удалось во всех случаях. Также ультразвуковое исследование позволяло оценить расположение образований относительно главного панкреатического протока и сосудов. В зависимости от размеров, характера и локализации образований принималось решение о методике операции – энуклеации опухоли либо резекции поджелудочной железы. Применение роботизированного комплекса Da Vinci Surgical System по сравнению с лапароскопическими технологиями позволяло обеспечить оптимальную визуализацию и прецизионность при работе с поджелудочной железой и в ряде случаев выполнить селективное клипирование главного панкреатического протока. В контрольную группу вошли 16 пациентов с инсулиномами, оперированных ранее с применением традиционных методик. Интраоперационное ультразвуковое исследование в этой группе не применялось. Этим пациентам также выполнялись энуклеации инсулином и дистальные резекции поджелудочной железы. Во всех случаях

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лечение было эффективным, образования были удалены в пределах здоровых тканей. У пациентов с инсулиномами после оперативных вмешательств купировались проявления органического гиперинсулинизма. В среднем время оперативного вмешательства составило 2.5 часа. По мере накопления опыта продолжительность робот-ассистированных операций сокращается. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у 30% пациентов возникли парапанкреатические жидкостные скопления и наружные панкреатические свищи. 7 % пациентов выполнялись повторные малоинвазивные вмешательства с целью лечения осложнений (чрескожные пункции, ЭПСТ). Процент осложнений снизился по сравнению с контрольной группой, в которой составлял 56%, при этом 50% пациентов производились повторные хирургические манипуляции. Таким образом, согласно нашему опыту, эндовидеохирургические операции в сочетании с интраоперационным ультразвуковым исследованием в настоящее время являются методом выбора при лечении нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы

320.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСХИАТАЛЬНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИЛАПАРОТОМИИ.

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.

Москва

ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского"

АКТУАЛЬНОСТЬ – оценка возможностей и целесообразности выполнения лапароскопической трансхиатальной экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой при различной патологии. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой была выполнена 7 больным: в 3-х случаях при ахалазии кардии; в 2 – при раке пищевода, в 2 – при послеожоговых рубцовых стриктурах. В одном случае – симультанная холецистэктомия. Следует отметить, что все больные при обращении были в состоянии кахексии. У всех больных с ахалазией кардии в анамнезе была аспирационная пневмония. В одном случае ранее перенесенная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией по Дору в 2004 г. При послеожоговых рубцовых стриктурах на первом этапе были выполнены лапароскопические гастростомии стеблем из малой кривизны желудка. При выполнении лапароскопического этапа операции выполнялась

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

мобилизация желудка, трансхиатальная мобилизация пищевода до верхнегрудного отдела пищевода, включая бифуркацию трахеи. При раке - с лимфодиссекцией зоны по принятым онкологическим стандартам ниже и выше диафрагмы. Формирование желудочного стебля из большой кривизны выполнялось с ее иссечением, так чтобы желудочная трубка являлась продолжением пищевода. Препараты - малая кривизна желудка с лимфатическим аппаратом зоны чревного ствола и большой сальник удалялись через место введения 12 мм лапаропорта. Затем выполнялась колотомия, выделение шейного и верхнегрудного отделов пищевода, иссечение пищевода с кардиальным отделом желудка и формирование желудочного анастомоза на шее. РЕЗУЛЬТАТЫ: Осложнения отмечены у 3 больных. В одном случае (больной оперированный по поводу рака шейного отдела пищевода) – лимфоррея в правую плевральную полость в течение 10 суток. Осложнение ликвидировано после релапароскопии с прошиванием лимфатической цистерны. У одного больного – ограниченный некроз желудочного трансплантата на шее с формированием желудочного свища, самопроизвольно зажившего в течение 3-х недель после операции. Среднее время операции – 5 ч 10м. При отсутствии осложнений больные (5) выписывались из стационара на 8-е сутки. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. К преимуществам лапароскопического трансхиатального доступа относятся четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, малый травматизм и ранняя активизация больных периоде. Целесообразно выполнять лапароскопическую трансхиатальную экстирпацию пищевода с одномоментной гастропластикой при доброкачественной патологии, при раке шейного отдела пищевода, при отсутствии распространения опухоли грудного отдела за пределы стенки пищевода у ослабленных больных.

321. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Майстренко Н.А. 1, Ромащенко П.Н. 1, Прядко А.С. 2, Алиев А.К. 1

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия, 2) Ленинградская областная клиническая больница

Частота повреждений желчных протоков при холецистэктомии остаётся на высоком уровне и составляет 0,05-2,7%. В последнее десятилетие увеличение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП) обусловлено широким внедрением лапароскопических технологий в лечении больных желчнокаменной болезнью. Цель исследования – изучить

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

результаты диагностических и оперативных вмешательств у больных ЯПЖП и обосновать рациональную хирургическую тактику их лечения. Проанализированы результаты обследования и лечения 51 пациента с ЯПЖП после выполнения лапароскопической холецистэктомии в хирургических стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области в период с 1998 по 2014 г. Характерными клиническими проявлениями ЯПЖП были желтуха у 40% больных, холангит у – 37%, наружный жёлчный свищ – у 23%. Инструментальная диагностика ЯПЖП проводилась с помощью рентгенконтрастных методик (интраоперационной, чрескожно-чреспеченочной холангиографии, чрездренажной фистулографии), УЗИ, эндоскопической ретроградной или магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ, МРХПГ). Согласно международной классификации «АТОМ» (EAES, Италия, 2013) в зависимости от сроков выявления и объёма повреждения жёлчных протоков (ЖП) больные были распределены на 5 групп. Повреждения основного желчного протока (ОЖП) выявленные интраоперационно (n=9), из них полное пересечение у 6 пациентов (1-я группа), краевое – у 3 (2-я группа). ЯПЖП выявленное в послеоперационном периоде установлено у 40 пациентов, из них полное пересечение у 33 (3-я группа), краевое – у 7 (4-я группа). Повреждения неосновных желчных протоков установлены у 2 больных (5-я группа). Отмечено, что при интраоперационном обнаружении ЯПЖП больным 1-й группы в 2 случаях был сформирован билиобилиарный анастомоз, в 3 случаях была выполнена реконструктивная операция, в 1 случае операция завершена наружным дренированием общего печеночного протока. Пациентам 2 группы произведено ушивание краевого повреждения ОЖП на каркасном дренаже открытым путём. Послеоперационная диагностика ЯПЖП у лиц 3 группы в первые 3 суток при отсутствии местных инфекционно-воспалительных изменений в подпеченочном пространстве позволило сформировать гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) у 15 пациентов, позже 3 суток осуществлять двухэтапные вмешательства – у 18. В 4-й группе выполнены 5 восстановительных и 2 реконструктивные операции: удаление клипсы и эндобилиарное стентирование холедоха у 1 пациента; ушивание дефекта холедоха на Т-образном дренаже – у 4; ушивание холедоха на дренаже по Вишневному – у 2. Всем пациентам 5 группы при релапароскопии желчеистечение остановлено клипированием НЖП. Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты, прослежены в сроки от 4 до 14 лет и отмечены у больных 2,3,4 и 5 групп. Неудовлетворительные отдаленные результаты в виде формирования стриктуры холедоха были у 2 пациентов 1 группы и у 1 больного из 4 группы, которым потребовалось выполнение реконструктивного вмешательства в виде ГЕА. Летальный исход развился у 1 пациента с полным пересечением ОЖП выявленным в раннем послеоперационном периоде в связи с прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне сепсиса. Таким образом, при полном пересечении гепатикохоледоха, выявленном интраоперационно, при наличии специалиста обладающего опытом в гепатобилиарной хирургии, целесообразно выполнять реконструктивно-восстановительную операцию в виде формирования гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки. При тех же обстоятельствах, но в отсутствии специалиста в данной области следует выполнять наружное дренирование, как первый этап двухэтапного хирургического лечения, с последующей реконструктивной операцией.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Выявление краевого повреждения ОЖП интраоперационно позволяет выполнить его ушивание на каркасном дренаже, а в раннем послеоперационном периоде осуществить его эндоскопическое стентирование. Устранение желчеистечения из НЖП достигается их клипированием или ушиванием. Предложенная хирургическая тактика при ранней диагностике ЯПЖП позволит достигнуть хороших результатов и качества жизни оперированных пациентов.

322. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.

Скворцов Е.В., Баятакова Д.А., Ивачев А.Б., Бухтияров И.В., Перельгин А.Н., Намоконов Е.В.

Чита

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2 » ОАО «РЖД».

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 ПХВ-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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 вмешательства. 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.

323. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ SILS-ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Скворцов Е.В., Баятакова Д.А., Ивачев А.Б., Бухтияров И.В., Перельгин А.Н., Шемякина Н.А., Намоконов Е.В.

Чита.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2 ОАО «РЖД».

В работе представлен опыт выполнения SILS-холецистэктомии с последующим изучением особенностей и эффективности выполнения эндоскопической холецистэктомии через трансумбиликальный порт. На основании полученных данных можно констатировать, что SILS-холецистэктомия может успешно применяться при лечении больных с неосложненной желчнокаменной болезнью. Цель исследования. Изучить особенности и клиническую эффективность выполнения эндоскопической холецистэктомии через трансумбиликальный порт у больных с неосложненной желчнокаменной болезнью. Материал и методы исследования. В клинике общей хирургии в период с 2012 по 2014 годы в плановом порядке выполнено 56 эндоскопических SILS-холецистэктомий

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

по поводу неосложненной желчнокаменной болезни. Возраст пациентов составил от 18 до 66 лет, длительность заболевания от 2 до 10 лет. Средняя продолжительность операций составила $60 \pm 6,5$ минут. Для выполнения оперативных вмешательств использовали набор инструментов однопортового доступа EndoCone (KARL STORZ, Германия). Устройство S-Port вводилось в брюшную полость посредством окоймляющего разреза длиной до 3,0 см. под пупком, после рассечения апоневроза и вскрытия брюшины. После инфляции углекислого газа в брюшную полость, виазуализацию производили 10-ти мм лапароскопом с использованием 30-градусной оптики. Захват желчного пузыря и диссекцию в области треугольника Кало проводили с помощью инструментов с кривизной для однопортового доступа. Пузырный проток клипировали выше холедоха, тремя клипсами (две на культю протока) боковым клипатором. Культю пузырной артерии клипировали двумя клипсами. Десекцию желчного пузыря из ложа производили крючком монополярной электрокоагуляции. После контроля гемостаза производили удаление желчного пузыря одновременно с удалением S-Port. В ряде случаев оперативные вмешательства заканчивали дренированием подпеченочного пространства полихлорвиниловым дренажем, который проводится через отдельный прокол кожи на пупке. Для обеспечения хорошего косметического эффекта использовали кожный клей Дермабонд (Этикон, США) Осложнений после выполнения SILS-холецистэктомии отмечено не было. Обсуждение. Операция однопортовая холецистэктомия имеет свои особенности. Она продолжительнее по времени (в среднем на 1 час, по сравнению с применяемой в отделении технологий трех или четырех троакаров). Из-за выраженности подкожножировой клетчатки не всегда возможна установка устройства S-Port. При SILS-холецистэктомия отмечаются хорошие косметические результаты, что немало важно, так как большинство пациентов - женщины. Выводы: SILS-холецистэктомия может успешно применяться в клинической практике у больных с неосложненным течением желчнокаменной болезни.

324.Эндовидеохирургическая диагностика и лечение перфоративных язв пилородуоденальной зоны

Смецков Д.В (1), Криворучко И.А.(2), Федак Б,С.(1), Вовк В.А.(1), Гербали О.Ю. (2).

Харьков, Украина

1) Областная клиническая больница 2) Харьковский национальный медицинский университет

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Как известно основным осложнением язвенной болезни пилородуоденальной зоны является перфорация, которая по данным разных авторов составляет от 5 до 15% неотложной хирургии. В 70-75% случаев перфоративная язва располагается на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишке и не редко наблюдается у мужчин возраста 20-30 лет с отсутствием язвенного анамнеза. При перфоративной язве пилородуоденальной зоны в 80-90% случаев выполняется ее ушивание или иссечение разными способами, т.е. операция направлена на устранение осложнений у неотложных больных. Успехи последних лет связывают, прежде всего, с развитием органосохраняющих малоинвазивных операций. С апреля 2010 по 2014 гг. диагностировано и пролечено 148 пациентов с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны. Возраст пациентов составлял был от 18 до 78 лет, преимущественно мужского пола, от момента перфорации прошло от 60 мин до 24 часов. При поступлении в стационар всем пациентам производился стандартный алгоритм диагностических мероприятий, включающий в себя: клиническое исследование крови, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, консультации специалистов. Всем больным перед оперативным лечением была выполнена ФГДС с целью выявления локализации и характера язвы, подтверждения ее перфорации, а также, при необходимости, повторная рентгенографию брюшной полости. Лапароскопия была лечебно-диагностическим методом в лечении больных с данной патологией. Точки введения троакаров на передней брюшной стенке были аналогичны лапароскопической холецистэктомии как наиболее оптимальные для выполнения данной операции. Всем пациентам выполнено ушивание перфоративной язвы пилородуоденальной зоны (148), в том числе с оментопластикой (46), санация и дренирование брюшной полости. При выполнении ушивания язвы в 54 случаях за линию швов трансназально заводили зонд (№ 15, 18) для декомпрессии. Все язвенные дефекты находились на передней стенке луковицы ДПК. У 14 пациентов при ФГДС выявили дополнительно хроническую язву задней стенки луковицы ДПК без осложнений. В 22 случаях после лапароскопии интраоперационно определялась герметичность швов с инсуффляцией в желудок до 1,5 л воздуха, у 16 больных выполнялась ФГДС. Обязательным было назначение во время операции и в послеоперационном периоде антисекреторных препаратов (ингибитор протонной помпы) на фоне проводимой комплексной терапии. Послеоперационный период у большинства больных протекал гладко, летальность составила 1,4%. 119 (80,4%) пациентов находились в стационаре от 4 до 7 дней. Через 2 мес после выписки из стационара были осмотрены 37,8% пациентов, которым была выполнена контрольная ФГДС с уреазным тестом. Случаев деформации луковицы ДПК и рецидива язвенной болезни пилоробульбарной зоны нами не отмечено. Таким образом, современные эндовидеохирургические методы в диагностике и лечении перфоративных язв пилоробульбарной зоны являются актуальными и приоритетными.

325.Лапароскопическая операция Фрея

Хатьков И.Е., Цвиркун В.в., Израилов Р.Е., Андрианов А.В.

Москва

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗМ

Цель: Оценить возможность выполнения операции Фрея лапароскопическим способом. Материалы и методы: с декабря 2012 г. по сентябрь 2014 г. 11 пациентам (8 мужчинам и 3 женщинам) с хроническим рецидивирующим панкреатитом тип С по M.Buchler была выполнена лапароскопическая операция Фрея, в одном случае дополненная резекцией кисты хвоста поджелудочной железы. Средний возраст пациентов 48.8 ± 9.6 лет. Средний размер головки ПЖ 34.1 ± 8 мм., средний диаметр главного панкреатического протока - 7.6 ± 2.3 мм. Операции выполнялись через 5 троакарных доступов. Интраоперационно использовали: гармонический скальпель, монополярную коагуляцию, сшивающие линейные степлеры. Техника операции: После осуществления доступа к ПЖ и визуализации верхней брыжеечной вены, прошивалась головка поджелудочной железы по краю предполагаемой резекции узловыми швами. Вскрывался главный панкреатический проток монополярным коагулятором или активной браншей ультразвукового скальпеля. Резецировалась вентральная часть головки ПЖ. Панкреатоеюноанастомоз формировался непрерывным однорядным швом с использованием не рассасывающегося шовного материала тикрон 2/0 "бок в бок". В 9 случаях ПЕА дополнительно укрывался прядью большого сальника. Результаты: Продолжительность операций составила 442.5 ± 67.6 минут. Объем кровопотери не превышал 200 мл. В 10 случаях операции были выполнены полностью лапароскопическим способом. В одном случае была выполнена конверсия вследствие спаечной болезни после перенесенной ранее лапаротомии. Летальных исходов и повторных операций не было. В двух случаях в раннем послеоперационном периоде возникли осложнения: II степени (кровотечение из области ПЕА и гастростаз вследствие послеоперационного панкреатита) и IIIA степени (жидкостное скопление в брюшной полости) по Clavien-Dindo. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила $10,3 \pm 5.9$ к/д. Купирование болевого синдрома отмечено во всех 11 случаях. Срок наблюдения за пациентами – от 1 до 20 месяцев. За данный период рецидива болевого синдрома не было. Выводы: Первый опыт показывает, что выполнение операции Фрея лапароскопическим способом является доступным, безопасным, но, на данный момент, малоизученным направлением в лечении больных с хроническим панкреатитом. Они сопровождаются минимальной кровопотерей, более легким течением послеоперационного периода, отсутствием гнойно-

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

воспалительных изменений со стороны раны и грыжеобразования в отдаленном периоде.

326.Видеоторакоскопия в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса

Смецков Д.А. (1), Криворучко И.А.(2), Федак Б.С (1), Вовк В.А. (1).

Харьков, Украина

1) Областная клиническая больница 2) Харьковский национальный медицинский университет

Спонтанный пневмоторакс является одной из причин госпитализации больных с ургентной легочной патологией в специализированные торакальные и общехирургические отделения и составляет до 12% всех пациентов, поступающих с острыми заболеваниями органов груди. Частота спонтанного пневмоторакса по данным разных авторов составляет от 1 до 18 случаев на 100000 населения в год. Ежегодно только в США фиксируется около двадцати тысяч новых случаев заболевания спонтанным пневмотораксом. Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 83 больных обоего пола, соотношения мужчин и женщин 8,2:1. При выполнении торакоскопии оценка объема поражения легочной ткани буллезной дистрофией при спонтанном пневмотораксе выполнялась по классификации Vanderschueren и Boutin. Показаниями к выполнению торакоскопии при спонтанном пневмотораксе являлись: неэффективность трансторакального дренирования, т.е. отсутствие герметичности легкого при нарастающем или сохраняющемся пневмотораксе; рецидив спонтанного пневмоторакса у пациентов; впервые возникший пневмоторакс у пациентов, в анамнезе которых был эпизод пневмоторакса с противоположной стороны; неразрешающийся пневмоторакс у пациентов с высоким соматическим риском для выполнения торакотомии. Результаты. В 14 из 83 случаев при торакоскопической диагностике не было выявлено видимой патологии со стороны легочной ткани - визуализировано эндоскопически неизменное легкое (I тип), в 9 были визуализированы единичные плевропульмональные сращения (II тип), по разделении которых булл и перфорации легочной ткани не было диагностировано. Соответственно диагностическая торакоскопия была завершена плевродезом. У 43 больных были диагностированы булл, до 2 см в диаметре (III тип) – им была выполнена атипичная резекция легкого. IV тип поражения легочной ткани (буллы

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

более 2 см в диаметре, вплоть до гигантских, занимающих долю легкого и более) выявлены у 14 анализируемых больных. В послеоперационном периоде, в 2 случаях у больных наступил рецидив пневмоторакса, что потребовало выполнения торакотомия и атипической резекция легкого. При анализе отдаленных результатов (в сроки до 3-х лет) рецидива спонтанного пневмоторакса не было зафиксировано. Возникновение спонтанного пневмоторакса у больных старше 40 лет (10) было связано с наличием опухоли легкого, туберкулеза и саркоидоза легких. Данная возрастная группа нуждается в более детальном обследовании для определения характера патологического процесса в легком (рентгенологическое, бронхоскопическое, рентгеновская компьютерная томография и т.д.). Плевральные пункции и дренирование плевральной полости у этих больных направлены на расправление легкого и создают условия для осуществления диагностики причин спонтанного пневмоторакса. Выводы. Видиоторакоскопия, при лечении спонтанного пневмоторакса является эффективным диагностическим и лечебным вмешательством. Исходы лечения спонтанного пневмоторакса зависят от вида легочной патологии и использования метода лечения. Уточнение морфологического характера заболевания легких и его распространенности позволяет избрать оптимальный вариант вмешательства на легком. Применение видиоторакоскопических и видеоассистированных методов лечения позволяет значительно сократить количество рецидивов, эти методы лечения малотравматичны, как правило, сопровождаются минимальным количеством интра- и послеоперационных осложнений.

327. Симультанные видеолaparоскопические операции в хирургии и гинекологии

Байгазаков А.Т.

Бишкек, Кыргызстан

Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

Накопленный мировой опыт использования лапароскопического доступа для осуществления оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза продемонстрировал высокую эффективность и техническую возможность проведения операции различной сложности, определив тем самым место эндовидеохирургии как основной методики лечения широкого спектра хирургических и гинекологических заболеваний. Цель работы: оценка эффективности симультанных видеолaparоскопических операций в лечении сочетанных хирургических и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гинекологических патологий. Материал и методы Проанализированы результаты видеолaparоскопических операций 340 пациентов с сочетанными заболеваниями, требующими хирургической коррекции. Среди них женщин было 324 (95,3%) человек, мужчин – 16 (4,8%). Возрастная характеристика выглядит следующим образом: пациентов до 20 лет было 5 (1,5%), 20-40 лет – 242 (71,2%), 40-60 лет – 74 (21,7%), старше 60 лет – 19 (5,6%). 175 (51,4%) больных ранее были оперированы по поводу различных заболеваний органов пищеварительной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и опорно-двигательной систем. Из них 1 операцию перенесли 95 больных, 2 операции – 41, 3 операции – 29, 4 операции – 9 и 5 операций – 1 пациент. По количеству сочетания нозологий, требующих хирургической коррекции, больные распределены следующим образом: 2 патологии – 215 (63,2%) больных, 3 патологии – 103 (30,3%), 4 патологии – 18 (5,3%), 5 патологий – 3 (0,9%) и 6 патологий – 1 (0,3%) больной. Были выявлены следующие хирургические заболевания: ЖКБ – 48, эхинококковая киста – 3, непаразитарная киста печени – 1, пупочная грыжа – 3, паховая грыжа – 5, послеоперационная вентральная грыжа – 1, острый аппендицит – 10, спаечная болезнь – 189, узловый зоб – 2, гнойный мастит – 1, хронический геморрой – 3, полипы анального канала – 2, папиллома паховой области – 1, киста почек – 2, варикоцеле – 3, внематочная беременность – 110, кисты яичников – 139, миома матки – 55, сактосальпинкс (гидро- и пиосальпинкс) – 89, гидатидные кисты маточных труб – 59, аденомиоз матки – 4, полип эндометрия – 18, фиброма яичников – 3, гематома малого таза – 1, опущение передней стенки влагалища – 1. У 42 (12,3%) пациентов были установлены сопутствующие терапевтические заболевания, среди которых преобладали КБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, анемия, гепатит, тиреоидит, варикозное расширение вен нижних конечностей, врожденный порок сердца. Результаты и обсуждение Во всех случаях нами проводилась беседа с пациентами и получали информированное согласие на проведение симультанной операции. У 207 (60,9%) больных на дооперационном этапе диагностированы основное и сопутствующее хирургическое заболевание и, соответственно, объем лапароскопической операции был запланированным. В остальных 133 (39,1%) наблюдениях сочетанные патологии были выявлены в результате интраоперационной ревизии. Очередность вмешательств к разным органам проводили по известной правиле полостной хирургии «от чистого к инфицированному». В симультанном эндовидеохирургическом лечении одним из важных моментов является сохранить орган репродуктивной системы, что явилось главным желанием более 70% наших пациентов. У женщин с субсерозными и субмукозными миоматозными узлами проводили соответственно консервативную миомэктомию и гистерорезектоскопию. При трубной беременности выполняли сальпинготомию, удаление плодного яйца, аппликацию мезогелем. При доброкачественных кистозных поражениях осуществляли энуклеацию кисты с оставлением интактных участков паренхимы яичника. Перевод в конверсию был осуществлен у 6 больных из 340 (1,7%). Показаниями для конверсии послужил массивный спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу вследствие неоднократно ранее перенесенных операций. Длительность пребывания пациентов в клинике после симультанных лапароскопических операций составила 1-4 дня. После открытых вмешательств (конверсии) длительность пребывания пациентов

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

на койке составляла 4-6 дней. В послеоперационном периоде клинически значимых осложнений, в частности гнойно-воспалительных (нагноение ран, внутрибрюшные абсцессы и др.), не выявлено. Больные активировались к концу дня операции и начинали раннее энтеральное питание. В первые сутки после операции наблюдали восстановление желудочно-кишечной моторики, боли в области троакарных ран были минимальными и редко требовали применения ненаркотических анальгетиков. Не отмечено отягощающего влияния на течение послеоперационного периода выполненных симультанных операций. Выводы В лечении больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями методом выбора являются симультанные эндовидеохирургические операции, которые позволяют избавить больных от риска повторной хирургической агрессии, повысить эффективность лечения, улучшить качество жизни больных. Низкая выявляемость сочетанных заболеваний связана с недостаточным, односторонним обследованием больных в предоперационном периоде. Необходимо расширить объем стандартного предоперационного обследования независимо от заболевания, по поводу которого планируется оперативное лечение.

328. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАКСИЛЛЯРНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пришвин А.П., Strick M., Яковлев П.Н., Демин Е.Н, Трухманов С.Д.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургская многопрофильная клиника им. Пирогова Н.И.

Трансаксиллярный трансареолярный эндоскопический доступ (ТТЭД) в хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) является эффективным, малотравматичным и обеспечивает хорошие косметические результаты. Материалы и методы: За 2014 г. в Санкт-Петербургской многопрофильной клиники им. Н.И. Пирогова было выполнено 27 эндоскопических вмешательств на ЩЖ с применением ТТЭД. Все прооперированные больные – женщины, средний возраст которых оставил 36,4 года. Показанием к операции являлись фолликулярная опухоль ЩЖ у 17 (63, 1%) больных, многоузловой нетоксический зоб у 4 (14,8%), токсическая аденома ЩЖ – у 3(11,1%), хронический аутоиммунный тиреоидит Хасимото с узлами в ЩЖ – у 2 (7,4%), диффузный токсический зоб – у 1(3,7%) больной. В 4 (14,8%) объем ЩЖ превышал 80 см³.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Результаты и обсуждение: Объем хирургического вмешательства у 18 (66,6%) пациентов – гемитиреоидэктомия, у 3(11,1%) – тиреоидэктомия, в 6(22,2%) наблюдениях была выполнена субтотальная резекция ЩЖ. Конверсия была предпринята в 3 (11,1%) случаях. Дважды причиной конверсии явилось кровотечение, в одном случае – опасность газовой эмболии после пересечения притока наружной яремной вены. Средняя продолжительность операции составляла $2,3 \pm 0,72$ часа. У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал гладко, средняя длительность госпитализации составила 1,7 суток. Кровотечений и послеоперационных парезов гортанного нерва отмечено не было. В одном наблюдении (2,7%) имел место послеоперационный гипопаратиреоз, купированный назначением препаратов кальция. Видимые изменения на передней поверхности шеи и по ходу троакарных каналов в виде внутрикожных гематом имели место в 23 (85,2%) случаях с продолжительностью до 10 суток и были полностью обратимы. Выводы: Применение ТТЭД в лечении больных с заболеваниями ЩЖ позволяет выполнить необходимый объем вмешательства, не приводит к увеличению частоты осложнений, минимизирует длительность стационарного лечения и обеспечивает хороший косметический эффект.

329.Метод лапароскопической пункции кистозных поражений печени и яичников

Байгазаков А.Т.

г. Бишкек, Кыргызстан

Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

Применение лапароскопической методики лечения кистозных образований органов брюшной полости и малого таза, в частности печени и яичников, вызвано тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой, развитием выраженного послеоперационного спаечного процесса, большим процентом послеоперационных осложнений, длительной реабилитацией больных и т.д. Дискуссионным в лапароскопическом лечении кистозных образований является вопрос о безопасной эвакуации содержимого кисты и ее удалении из органа (печень, яичники). В связи с этим актуален поиск более эффективных, методологически простых и экономически выгодных способов лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза. Цель работы: апробация разработанного метода лапароскопической пункции кист печени и яичников. Материал и методы

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Данное сообщение основано на апробации разработанного метода лапароскопической пункции кист печени и яичников. Методика: после обзорной лапароскопии кисту изолируем 4-5 марлевыми салфетками, проведенными в брюшную полость через 10-мм троакар. На наиболее выступающую поверхность стенки кисты пораженного органа прикладываем гемостатическую пластину «Тахокомб» размером 4.8×4.8×0.5 см, которую предварительно проводим в брюшную полость через 10-мм троакар, свернув в виде «сигары». Сторону, покрытую факторами свертывания и помеченную желтым цветом, следует наложить на раневую поверхность и прижимать в течение 3-5 мин. После адгезии «Тахокомба» проводим пункцию кисты лапароскопической пункционной иглой. Пункция осуществляется через центр гемостатической пластины «Тахокомб». Эвакуируем содержимое кисты 10-20 мл шприцами. Затем после полного извлечения кистозной жидкости с целью обеззараживания до вскрытия кисты в ее полость вводим нагретый до 30 градусов 0,02% антисептический препарат «Декасан» в количестве, необходимой для заполнения полости кисты до 2/3 объема с экспозицией 5-15 минут. После гермицидной обработки полости кисты обратно отсасываем раствор «Декасана», пункционную иглу извлекаем и приступаем к удалению кисты – кистэктомии лапароскопическим методом. Разработанный способ лапароскопической пункции кистозных образований применен нами в клинике у 16 больных (эхинококковая киста печени – 6, непаразитарная киста печени – 3, муцинозная цистаденома правого яичника – 4, эндометриоидная киста левого яичника - 3). Результаты и обсуждение Во всех случаях был получен благоприятный результат. В эндовидеохирургическом лечении кистозных образований печени и яичников очень важно предотвратить подтекание жидкостного содержимого в свободную брюшную полость и малый таз таза во избежание диссеминации и рецидива патологического процесса (эхинококкоз, эндометриоз, инфицированная кистозная жидкость, раковые клетки и др.). На наш взгляд разработанный способ технически прост в исполнении, не требует дорогостоящего оборудования и с успехом может быть применен в лапароскопическом лечении кистозных образований органов брюшной полости и малого таза (эхинококковые кисты, непаразитарные кисты печени, эндометриоидные, муцинозные, дермоидные). Вывод Таким образом, применение разработанного способа лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза оптимизирует технологию и улучшает результаты лапароскопической операции, приводит к выздоровлению больных, улучшает качество их жизни, возвращает к полноценной жизни и труду. Полученные результаты позволяют считать целесообразным применение в широкой клинической практике разработанного способа лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза.

330.АКТУАЛЬНОСТЬ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Черкасов М.Ф., Помазкова Е.К., Помазков А.А.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Острый аппендицит (ОА) - наиболее частая ургентная хирургическая патология в мире, а аппендэктомия самая распространенная операция. Заболеваемость ОА составляет 4–5 человек на 1000 населения. В нашей стране в год оперируется от 1 до 1,5 млн больных с ОА, что составляет 30–40% всех неотложных операций на органах брюшной полости. Летальность колеблется от 0,1 до 0,5 %, а при высоком оперативном риске достигает 37%. Для удаления червеобразного отростка применяют различные виды операций: лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), по данным различных авторов выполняется до 91,5%; традиционная из доступа Мак-Бурнея; лапароскопически ассистированная и из мини-доступа. Диагностическая лапароскопия позволяет в 88 % случаев поставить правильный диагноз ОА и (или) выявить другую экстренную патологию в 11,8–51,8 % случаев. На сегодняшний день при ЛА существует несколько методов удаления аппендикса: клипирование с использованием лигатуры, применение различного электрохирургического инструментария и т. д. У всех этих способов недостатком является наличие непогруженной культи отростка (источник внутрибрюшинной инфекции), оставленной интраоперационно, что приводит к ряду осложнений: соскальзывание лигатур с культи аппендикса, пересечение его лигатурой, инфильтрат и абсцесс брюшной полости, несостоятельность и некроз культи отростка, перикюльтит и т. д. Мерами профилактики специфических осложнений, связанных с лапароскопическим доступом являются: выполнение операций под постоянным визуальным контролем, правильное использование методики коагуляции, технически правильная обработка культи отростка с оставление достаточного количества ткани над лигатурой в целях предупреждения её соскальзывания. Для уменьшения риска возникновения данных осложнений при выполнении ЛА необходимо в некоторых случаях выполнять перитонизацию культи отростка. Наличие осложнений после ЛА и отсутствие, единого мнения о способе обработки культи отростка при ЛА, и алгоритмов действий, позволяющих обеспечить адекватную профилактику п/о инфекции в дальнейшем — все это свидетельствует о необходимости поиска новых решений данной проблемы.

331. ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЕ ПОСЛЕ ЭНДООПЕРАЦИЙ

Сигаева Н.С., Баулин В.А., Ерюшкин В.П., Баулина О.А., Мясников А.В., Баулин А.А., Старов А.А., Баулина Е.А., Михайлова А.А., Суриков Д.Е.

г. Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

У подавляющего числа пациентов после осуществления проколов троакарами дефекты незначительные, и грыжи не образуются. Большинство хирургов сходятся к мысли, что наиболее удобный доступ для подавляющего числа операций в брюшной полости – это доступ через пупок. Многие отошли от использования типичных точек Калька в пользу более легко осуществимого в области пупочного кольца. Однако, околопупочная область является одним из слабых мест передней брюшной стенки, особенно само пупочное кольцо или белая линия в непосредственной близости от него. Второе слабое место находится по ходу белой линии вверх, именно в эпигастрии часто хирурги устанавливают 10-мм порт для выполнения холецистэктомии. Эндохирургические операции в клинике внедрены с 1994 года. Именно в первые годы, когда к нам поступали больные с троакарными грыжами, оперированные в других больницах, и возвращались уже наши больные, мы отметили закономерность, что грыжи образуются в точках брюшной стенки, где имеется не один крепкий слой, а интерпозиция нескольких слоёв. Это было особенно заметно, когда мы при первых операциях извлекали желчный пузырь через околопупочный прокол или через эпигастральный доступ по средней линии. Частота послеоперационных грыж составила 0,91%, соотношение грыж околопупочных и эпигастральных с грыжами другой локализации составило 20:1. Провели анатомические исследования на трупах, убедились, что особенностью строения белой линии и её крепостью являются фактически два фактора: очень плотная структура и перекрёстное строение волокон на всём протяжении от мечевидного отростка до пупочного кольца. Пупочное кольцо образовано расходящимися в стороны и по кругу волокнами, которые ниже кольца распадаются на разную глубину, создавая своеобразную как бы многослойную структуру. Проводя 10-мм троакар через белую линию, мы раздвигаем волокна и создаём условия для грыжеобразования, даже если накладываем шов на апоневроз. Недаром хирурги имеют до 14% рецидивов при пластике эпигастральных грыж. Ведь при сближении краёв в этой зоне становятся ущемлёнными ткани вокруг, поскольку швы сжимают апоневроз, уплотняют в центре, растягивая малоподвижные ткани вокруг, тем самым создавая условия для грыжеобразования. В других отделах брюшной стенки имеется многослойная структура за счёт перемизия,

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

мышц, апоневроза, что по нашему мнению является противодействующим фактором послеоперационных грыж. На основании данных наблюдений, мы отказались вообще от использования доступов по ходу белой линии живота, в том числе непосредственно выше пупка для лапароскопа. Мы используем доступ непосредственно ниже пупка на 1 см и, например, для холецистэктомии и извлечения пузыря 10-мм троакар вводим в эпигастрии справа через прямую мышцу. При извлечении желчного пузыря иногда при необходимости слегка растягиваем отверстие или несколько (до 2-3 см) рассекая для извлечения крупных плотных камней, которые невозможно разрушить окончательным зажимом внутри пузыря. У пупка апоневроз не зашиваем, в эпигастрии – только при значительном рассечении у единичных больных. Частота образований грыж в последнее время составила 0,22%, причём локализация разнообразная. Как подтверждение данного подхода явились данные хирургического отделения МСЧ-59 закрытого административного территориального образования, где на 1710 операций получено 42 грыжи в основном выше пупка (2,43%). Отказавшись последние три года от этих доступов хирурги у 242 больных обнаружили только одну грыжу, что составило 0,4%. Мы рекомендуем использовать наши наработки в своей практике.

332.20 ЛЕТ ПЕНЗЕНСКОЙ ЭНДОХИРУРГИИ

Баулин А.А., Николашин В.А., Баулина Е.А., Беребицкий С.С., Баулин В.А., Беляков Ю.Н., Баулина О.А., Михайлова А.А., Николашин О.А., Куманёва И.С.

г.Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

В г. Пензе первые две эндостойки были приобретены в 1993 году, в нашей ЦГБ на 1200 коек, и клиника стала работать с начала 1994 года, когда были проведены первые 100 холецистэктомий. Вначале оперировали по принципу передачи опыта по цепочке от оператора ассистентам с вовлечением в подготовку всех полостных хирургов. С учетом имеющихся навыков выполнения обычных диагностических лапароскопий освоение прошло быстро. Это дало возможность избежать высокого уровня осложнений уже с первых лет внедрения. С 1995 года было сформировано обособленное отделение со своим индивидуальным штатным расписанием (шесть врачей, 16 операционных сестер, 15 санитарок), операционным блоком (три стойки) и прикрепленными койками в хирургическом и

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гинекологических отделениях (10+10). В функции и задачи отделения входили: оказание круглосуточной диагностической и лечебной помощи больным с хирургической и гинекологической патологией. Число больных с 700 достигло 1700, оперативная активность с 76% увеличилась до 97,4%, среднее пребывание 6,4-7,7 дня, могло бы быть и меньше, но невыгодно по страховым соображениям. Часть больных находились в других отделениях (ортопедии, хирургии, терапии, общей инфекции и др.), поскольку им производились артроскопические операции, диагностические простые лапароскопии и телеэндоисследования. Постепенно эндохирургия стала развиваться в других больницах города, но флагманом по широте и количеству всегда оставалась ЦГБ (до 60% всех операций). Позже эндоскопический метод освоили ортопеды и только в последние годы – ЛОР-врачи. Основную массу – гинекологические больные (64-67%), плановые больные составляют 58-65%. Более 10 лет операции были частично оплачиваемыми, и это давало возможность восполнять инструментарий. Число наименований операций превышало 70, количество холецистэктомий при хроническом холецистите достигало 600, при остром - 250, грыжесечений - 35, пиелоуретеролитотомий - 6-12, адреналэктомий - 4-7, экстирпаций матки - 115-126, 320-360 операций на придатках, более 220 артроскопических и др. Процент осложнений небольшой - 0,9-1,5, подавляющее большинство не зависят от операторов. Повреждений общего печеночного протока и холедоха - шесть за все 20 лет (более 9000 операций) – всё успешно восстановлено классическим способом. Релапароскопию выполняем при малейшем сомнении в отношении благополучия в животе. Огромную неоценимую помощь в этом оказывают устанавливаемые 2-3 тонких дренажа для оттока и контроля как обязательная процедура. Смерти, которые можно связать с хирургами (гинекологами), – единичные за 12 лет (панкреонекроз, кровотечение), ежегодная летальность 0-0,2% (ТЭЛА, кровоизлияния в головной мозг, инфаркт миокарда, газовая эмболия). К сожалению модернизация и оптимизация последних 5-7 лет отрицательно коснулась наших отделений сокращением коек, ликвидацией эндохирургического и планового хирургического отделений, потерей ведущих специалистов, перешедших в ведомственные ЛПУ. Правда, костяк операторов сохранился, и за время хозрасчётных взаимоотношений удалось создать запас инструментария на три года, были закуплены новые видеоустановки и другие специалисты освоили эндоскопический метод (ЛОР-врачи, урологи). К малоинвазивным вмешательствам приступили эндоскописты из хирургов (ЭПСТ), урологи стали широко использовать внутрипросветные вмешательства (контактная литотрипсия, ТУР простаты и др.). Гинекологи значительно уменьшили количество оргоуносящих операций после широкого применения гистероскопии и гистерорезектоскопии. Все хирурги и гинекологи получили сертификаты по эндоскопии. Однако плановые операции резко сократились, особенно у хирургов, уменьшилась широта. Выросло количество экстренных операций как прикрытых плановых, что мы не считаем плохим, страдает только статистика. В то же время выросло количество лапароскопических аппендэктомий свыше 150, которые ранее не выполнялись из-за загруженности более объёмными операциями и были единичными. В целом за все 20 лет работы в хирургической службе выполнено более 60 000 операций с применением эндотехники, из которых не менее 70% относятся к разряду сложных и трудоёмких. Развитие в

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

хирургических отделениях других больниц идёт значительно медленнее, фактически нишу в 95% занимают холецистэктомии. В очень авторитетном и хирургически активном областном онкодиспансере малоэффективно используется эндоустановка, первые операции на толстой кишке проведены только в 2014 году. Ввиду отсутствия государственной регистрации эндохирургических операций анализ провести очень трудно. Опыт института по подготовке «эндоспециалистов» подтверждает правильное направление обучать врачей специалистов из хирургов и гинекологов, прошедших основательную школу традиционной хирургии и гинекологии. Тогда можно избежать тяжелых осложнений при освоении технологии.

333.РЕЗУЛЬТАТЫ 230 ОПЕРАЦИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ УГЛА ГИСА ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА А.А. БАУЛИНА

Баулин В.А., Сигаева Н.С., Баулина О.А., Стародубцев В.А., Баулин А.А., Шешкина И.В., Баулина Е.А., Акжигитова А.А., Бухминов Р.Ф.

г. Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Во всём мире наиболее признанной считается операция Ниссена. Но и она по причине существенных недостатков имеет многочисленные модификации, из которых наиболее распространены Розетти, Дора и Тупе. В России в нескольких клиниках также применяется способ А.Ф.Черноусова. Неудовлетворённость в полной мере результатами уже сложившихся в хирургии подходов к лечению побуждает к поиску новых способов. Предложенные внутрипросветные антирефлюксные операции пока не получили широкого распространения, появились первые сообщения о более 1000 результатах установки специального циркулярного магнитного устройства в виде бус, выполняющего функцию сфинктера. Успехи в видеоэндоскопии и эндохирургии дали возможность более качественно оценивать изменения в области пищеводно-желудочного перехода, чаще выполнять антирефлюксные операции во всех странах. С 2007 года в нашей клинике мы применяем способ, который решает самый главный вопрос – восстановление анатомически важных образований, как основу антирефлюксной конструкции - угол Гиса и клапан Губарева. Для этого нами используется метод фиксации пищеводно-желудочного перехода полипропиленовой лентой, которую эндохирургически по оригинальной методике специальным инструментом или зажимом

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

проводим за пищеводно-желудочным переходом, фиксируем к передней брюшной стенке (патент РФ на изобретение №2431448). Проанализировав опыт 154 оперированных, мы определили главный недостаток – миграцию протеза в просвет пищеводно-желудочного перехода, возникающую в разные сроки, обычно после трех месяцев (5,2%). Такое осложнение не вызывало разлитого воспаления в средостении или забрюшинном пространствах и не приводило к рецидиву ГЭРБ или значительному расстройству здоровья пациентов. Ликвидацию путём рассечения мигрирующей ленты в просвете осуществляли с помощью аргоноплазменной коагуляции без осложнений. Остальные осложнения были незначительны и с ними легко справлялись, мы об этом сообщали. Главное, что клинические, рентгенологические и, что особенно важно, эндоскопические результаты подтверждают высокую эффективность способа при минимальной травматичности. При видеоэндоскопическом контроле через 25-35 дней у 159 (91,4%) пациентов результат операции расценивается как отличный и хороший, то есть имеется явный регресс проявлений эзофагита и нет недостаточности кардии (НК), у 11 (6,3%) – удовлетворительный результат – регресс изменений в пищеводе и слегка не закрывается клапан Губарева - НК 1ст.. Отдалённо – через год и более обследовано 122 больных: у 99 (81,0%) клинически отличный и хороший результат, по данным эндоскопии и рентгеноскопии никаких отклонений нет у 112 (91,8%). Приём антацидов только эпизодически. В поисках более инертного материала, мы провели эксперименты на 24 кроликах, у которых сравнили реакцию органов брюшной полости на полипропиленовую ленту и ленту из ксеноперикарда. Использовали ксеноперикард производства ООО «Кардиоплант» (Пенза) и лаборатории института им. Бакулева. Оказалось, что ксеноперикард не обладает такими отрицательными свойствами как полипропилен. У последних 72 больных мы вместо полипропиленовой ленты использовали ленту из ксеноперикарда. Клинический, рентгенологический, эндоскопический результаты фактически идентичны первой группе. У части (2,7%) больных в месте фиксации ксеноперикарда к передней брюшной стенке произошло нагноение имплантата. Причину инфекционного процесса точно пока установить не удалось, поскольку первично при вскрытии очага воспаления в местах фиксации и исследовании содержимого на флору мы не получили положительных посевов. Для ликвидации не требуется никакая-либо расширенная операция, необходимо простое локальное вскрытие очага и длительное дренирование с ежедневными промываниями. Не требуется госпитализация, больной сохраняет трудоспособность. Однако у пациентов с биологическим имплантатом не происходит такого грозного осложнения как миграция протеза в просвет пищевода, что значительно улучшает отдаленные результаты лечения и качество жизни пациентов. Мы считаем данный способ очень перспективным, альтернативным привычным способам, возможно и новому магнитному способу, при котором требуется травматичное выделение места установки, крурорафии, и который сопровождается также миграцией протеза в просвет пищевода. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

334. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МКБ

Надеждин И.А., Ивачев А.С., Кишенин А.А., Баулин А.А.

г. Пенза

ГБУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина, Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Применение эндовидеохирургических технологий при операциях на почках и мочеточниках являются более предпочтительными. В урологическом отделении ГКБ СМП им Г.А. Захарьина при локализации камней в н/3 мочеточника и небольших камней с/3 мочеточника с 2010 года используем контактную литотрипсию, выполнено 52 операции. Для лечения камней лоханок, верхней и средней трети мочеточника используем ретроперитонеоскопический и лапароскопический доступы. Лапароскопический доступ при оперативном лечении больных с камнями верхних мочевыводящих путей используется в нашей клинике с 1999 года. Было выполнено 82 операции 82 пациентам. Из них – 30 мужчин и 52 женщины. Средний возраст пациентов 46 лет, min – 18 лет и max – 64 года. При выполнении ретроперитонеоскопических и лапароскопических операций требовалось одинаковое обследование, проведение эндотрахеального наркоза, стандартного хирургического набора инструментов. Положение больного на операционном столе при ретроперитонеоскопической операции – классическая латеропозиция; при лапароскопической – угол наклона корпуса больного со стороны спины составлял 60–70°. В случае конверсии положение больного на операционном столе не менялось, открытый доступ осуществлялся через зону установки портов. Были выполнены следующие операции: лапароскопическая уретеролитотомия в/3 – 26; лапароскопическая уретеролитотомия с/3 – 16; лапароскопическая пиелолитотомия – 35; конверсия – пять больных (миграция камня из пиелоуретерального сегмента в одну из групп чашечек полостной системы почки). Однократно была ситуация перехода из ретроперитонеоскопического доступа при выполнении уретеролитотомии в/3 в лапароскопический. Это было связано с трудностями визуализации мочеточника по причине выраженной паранефральной клетчатки при забрюшинном способе доступа. Осложнение наблюдалось у одного больного: подпеченочная гематома, что потребовало выполнения релапароскопии, дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства. Время проведения ретроперитонеоскопических операции от 3 ч. 20 мин. до 1 ч. 10 мин.; лапароскопических – от 2 ч. 30 мин. до 35 мин. Случаев летального исхода

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

не было. После данных видов доступа отмечается сокращение времени реабилитации больных в послеоперационном периоде. Пациент активен уже на следующие сутки после операции. Применение анальгетиков обычно требуется только первые 3-е суток послеоперационного периода. Отмечается минимальный болевой синдром в месте операции. Контрольные дренажи удаляются на 3-6 сутки. Снятие швов на 7-е сутки, возможно на амбулаторном этапе после выписки из стационара. Для удаления конкремента через дефект мочеточника использовалась специально разработанная методика позволяющая использовать эластические свойства стенки мочеточника. Длина косопоперечного разреза была меньше диаметра камня. Но эта методика применялась только при относительно гладкой поверхности конкремента и с плотностью камня, обеспечивающей его целостность при проводимой тракции. В случае сохраняющегося в течение 3 – 4 дней сброса мочи по контрольному дренажу – выполнялась видеoureтероскопия оперированного мочеточника с выполнением внутреннего стентирования почки и мочеточника. Данная операция выполнялась у девяти пациентов. Причины длительного сброса мочи: величина дефекта мочеточника или лоханки, атоничность стенки мочеточника или лоханки, наличие конкремента в нижних отделах оперированного мочеточника, уменьшение просвета мочеточника ниже зоны операции (послеоперационная стриктура, физиологическое сужение); Основываясь на собственном опыте применения двух эндоскопических методик при лечении МКБ верхних мочевых путей, мы предлагаем свою оценку по критериям: положение больного; операционное пространство; визуализация операционного поля; возможность для дополнительных маневров; протекание осложнений; перитонизация; область применения; возможность интродооперационной установки стента; технические сложности; преимущество; повторное вмешательство. Ретроперитонеоскопический: классическая латеропозиция; ограничено созданным пространством; ограничена; мочевой затек; фиброз паранефральной клетчатки; не требует выполнения перитонизации; нижняя 1/2 почки, в/3 и с/3 мочеточника; ограничена объемом операционного пространства; сложности визуализации при выраженной забрюшинной клетчатке; отсутствие контакта мочи с брюшной полостью; затруднено. Лапароскопический: 60–700; брюшная полость; дополнительно вовлекается большой сальник; фланг толстой кишки; необходима перитонизация; почка, в/3 и с/3 мочеточника; хорошая визуализация и возможности маневрирования. Заключение. Оба метода являются предпочтительными при выборе оперативного лечения конкрементов верхних мочевыводящих путей. Каждый в отдельность метод имеет свои особенности в применении. Выбор зависит от результатов проведенного обследования, правильно определенных показаний к оперативному вмешательству.

335.КАК МЫ ПОНИМАЕМ И КАК ВОЗДЕЙСТВУЕМ НА ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

Баулин В.А., Сигаева Н.С., Баулина О.А., Стародубцев В.А., Баулин А.А., Шешкина И.В., Баулина Е.А., Акжигитова А.А., Михайлова А.А.

г. Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Для осмотра такой деликатной зоны как кардия, оценки состояния области гастроэзофагеального перехода и функции нижнего пищеводного сфинктера необходимо спокойное состояние пациента и отсутствие антиперистальтических сокращений из-за рвотного рефлекса. По образному выражению необходим полный «внутрипросветный штиль на палубе в шторм». Конечно, в случаях массового амбулаторного приема, когда неприемлемо применение сильнодействующих седативных препаратов, такие условия оптимально достижимы при использовании трансназальной эзофагогастродуоденоскопии. Однако и трансоральная методика достаточно эффективна. Для лучшей и точной визуализации изменений слизистой оболочки обычные цветные картинки преобразовываются в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны — от фиолетового 400 нм, проникающего в поверхностные слои слизистой оболочки, до красного 700 нм, проникающего практически на всю глубину слизистой оболочки. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB). FICE располагает десятью наборами волн разной длины, которые готовы к использованию в клинической практике; система позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения различных тканей и тем самым уже на этапе видеэндоскопии диагностировать пищевод Барретта. Обследован 5301 пациент: мужчин 2079, женщин 3222, из них с применением технологии FICE 5211. ГЭРБ, в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита по Савари-Миллеру в модификации G.N.J.Tytgat et al. (1990 г), выявлена у 3162 пациентов, что составило 59,65%. По степеням рефлюкс-эзофагит распределился следующим образом: 1 ст. — 2821 пациент (89,22%), 2 ст. — 158 пациентов (5,00%), 3 ст. — 56 пациентов (1,77%), 4 ст. — 18 пациентов (0,57%), 5 ст. — 109 пациентов (3,45%), то есть из 200 у 7 можно выявить пищевод Барретта. Степень недостаточности кардии (НК) оценивалась по степеням от первой до четвертой по оригинальной методике клиники, в зависимости от вида сегмента слизистой, закрывающей вход в пищевод, при инверсионном осмотре области нижнего пищеводного сфинктера и распределилась следующим образом: общее количество пациентов 1955, из них 1 ст. — 939 (48,03%), 2 ст. — 285 (14,58%), 3 ст. — 267 (13,66%), 4 ст. — 464 (23,73%). 59,64% пациентов имели болевой синдром, причём как оказалось, что он более присущ эзофагиту 1-2ст., а у больных с пищеводом

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Барретта он присутствовал только у 34%. Применяя технологии HRE и HDTV, нам удалось выявить следующие типы строения области пищеводно-желудочного перехода: диффузная 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. Пищевод Барретта мы рассматриваем и как стабильный, и как динамический процесс, но ни в коем случае как строго определённый и часто спорный в плане онкологического толкования. Нам больше импонирует, и это мы видим по результатам цитологического и гистологического исследований, что пищевод Барретта характеризуется гиперкератическими, метапластическими и диспластическими изменениями слизистой оболочки пищевода. Поэтому когда мы обнаруживаем гиперкератоз, желудочную, тонкокишечную и толстокишечную метаплазии, дисплазию лёгкой и средней тяжести, то речь ведём о доброкачественном процессе. И только при дисплазии тяжёлой степени или при обнаружении плоскоклеточного неороговевающего рака, ставим диагноз злокачественного процесса. Самое главное – такое понимание не создаёт своеобразную диагностическую неразбериху, а отсюда порой необоснованное завышение показаний к операциям большого объёма, например, операции Льюиса. Поэтому врачи, которые полярно ставят пищевод Барретта как злокачественный или как предраковый процесс впадают в ошибку. Используя такую трактовку, мы применяем малотравматичный хирургический способ восстановления угла Гиса на пищеводно-желудочном переходе, в том числе и при пищеводе Барретта, кроме дисплазии тяжёлой степени, и получили хороший эффект. Причём, при динамическом видеоэндоскопическом контроле исследователи видят регресс процесса, уменьшение его протяжённости, менее выраженные изменения слизистой оболочки. Гистологические данные у большинства получить не удаётся, они накапливаются и анализируются. Из вышеизложенного следует, что у большей части пациентов возможна консервативная терапия под динамическим контролем, но с прицелом на операцию при малоэффективном действии. Антирефлюксная операция приводит к регрессу процесса, в какой мере - необходимо изучать. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

336.40 ЛЕТ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Баулин В.А., Сигаева Н.С., Баулина О.А., Стародубцев В.А., Баулин А.А., Куприянов М.П., Баулина Е.А., Михайлова А.А.

г.Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Состояние и развитие эндоскопической службы в различных регионах отличается по штатному расписанию, комплектованию, подбору кадров, подготовке, наличию энтузиастов, оснащению, эффективности использования, набору исследований и манипуляций, организационной и экономической поддержке службы. Есть ещё много недоработок в этом важном разделе медицины, достаточно привести лишь некоторые данные из доклада Главного хирурга РФ академика В.А. Кубышкина: так только около 60% стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь, имеют оснащение гастроскопами, менее 10% - дуоденоскопами и лишь в 40% ЛПУ могут попытаться остановить желудочное кровотечение. Надо отдать должное, что в нашей области простые эндоскопические исследования традиционно использовались урологами – цистоскопии, хирургами – ректороманоскопии, жёсткие эзофаго-, бронхоскопии, гинекологами – кольпоскопии, ЛОР-врачами и офтальмологами. Первые фиброгастроскопы и лапароскопы появились в начале 70-х годов, если фиброскопы стали использоваться сразу же, то лапароскопы - только через 7-9 лет. За 40 лет пройден путь от ФГДС до ВГДС, от ректоскопии до ФКС и ВКС под наркозом, от простой лапароскопии до эндохирургических операций разного объёма и в разных специальностях. Возможно, будет интересно для сравнения в своих регионах привести некоторые показатели работы эндоскопической службы нашей области, хотя они и не полностью отражают эту огромную работу. Приводим данные 2012 года. В области почти 1,5 млн. населения, 11 741 койка в стационарах (сейчас менее 10 тыс.), идёт последовательное сокращение коек, в том числе и хирургических с 1 тыс. до 720. По штату положено 78 эндоскопистов, занято 75, причём физических лиц работают всего 37. Может это и хорошо, поскольку, например, в нашей больнице совместителями работают в основном хирурги, с ними легче решать вопросы и диагностические, и лечебные. За год произведено всего 132 309 эндоскопий, из них ЭГДС – 76 716, КС – 4 795, БС – 6 008, других – 44 790 (нерасшифрованные ректо-, цисто-, кольпо-, лапароскопии и др.). Нет упоминания, сколько из них видеозэндоскопий, в эти цифры не входят исследования, выполненные в частных клиниках. Исследования сопровождались лечебными процедурами последовательно у 7 343, 736, 39, 2 376, 41 пациентов. В ходе исследований выполнялся забор материала для гистологических исследований у 8 842, 2 591, 762, 683, 4 904 и у 26 300, 1 281, 229, 1 102, 26 696 – для цитологических. Впервые выявленные заболевания зарегистрированы у 39% обследуемых, причём наибольший процент при бронхоскопии – 68% и ректороманоскопии – 65%, что связано с большей целенаправленностью исследований. Лечебные процедуры включают:

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

полипэктомии, заведение зондов для питания, удаление инородных тел, ЭРХПГ, ЭПСТ, АПК, обкалывание краёв язв, полипов, прицельное орошение лекарствами, санации и др. На балансе ЛПУ (кроме частных) находится 531 эндоскоп: гастроскопов – 147, лапароскопов – 47, колоноскопов – 44, бронхоскопов – 41, цистоскопов – 39, гистероскопов – 36. Нет указаний о уретеро-пиелоскопах и о том, сколько из всех эндоскопов находится в рабочем состоянии. Так, например, в БСМП из 20 гастроскопов только 10 находятся в рабочем состоянии, оставшиеся эксплуатируются наиболее интенсивно. Из вышеперечисленного следует, что если взять всех эндоскопистов даже по штату, то получается один эндоскопист на два гастроскопа, а по физическим лицам – на три. Ситуация, несомненно, трудно объяснимая. С другой стороны, на одну ставку приходится всего 3-4 гастродуоденоскопии в день или 8 на одно физическое лицо, что крайне недостаточно. К сожалению, из годовых отчётов в разделе хирургической деятельности исчезла подстрочечная цифра, которая отражала количество выполненных операций с помощью эндотехники, поэтому об этом показателе объективно судить нельзя, и он слишком отличается в различных ЛПУ. Нет данных об осложнениях, они редки, но, тем не менее, случаются. В области появился эндоскоп с датчиком для УЗИ, но, опять же, нет данных о его использовании и эффективности. Дуоденоскопы есть в 2-х ЛПУ, где ежегодно проводятся более 200 РХПГ и более 100 ЭПСТ. Имеется лишь одна аргоно-плазменная установка, что явно недостаточно для качественного оказания помощи в первую очередь больным с кровотечениями, которых в стационары поступает около 900 ежегодно. Отсюда сохраняется очень высокая оперативная активность при этой патологии – 16%, что увеличивает вероятность неблагоприятных исходов и послеоперационную летальность, которая достигла 19%, а общая – 3,5%. Что касается причин кровотечений, то по данным БСМП половину, причём поровну желудочные и дуоденальные, составляют язвенные. Эрозивные эзофагогастродуодениты – 22,1%, 11,3% - синдром Меллори-Вейса, ВРВ – 8,2%, химические ожоги – 3,2%, опухоли – 2,6%, другие – 3%. Улучшение сбора статистических данных дает возможность следить за развитием и будет способствовать совершенствованию специальности. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

337. ПОИСК АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЭРБ И ГПОД

Баулина О.А., Сигаева Н.С., Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулин А.А., Шешкина И.В., Баулина Е.А., Акжигитова А.А.

г. Пенза

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Пионер лапароскопических операций на пищеводно-желудочном переходе профессор Долеманн из Страсбурга считает, что не смотря на то, что имеется явный прогресс от внедрения малоинвазивной техники выполнения общепринятых операций, хирургия не должна стоять на месте, нужны стандартизированные методы исполнения, новые идеи и технологии, подходы оценки операций, поскольку результаты совсем не идеальные. Последнее сообщение в Интернете касаются применения специального магнитного кольцевого устройства подобного бусам, которое устанавливается после крурорафии на абдоминальный отдел пищевода. Первое сообщение о 100 операциях было не совсем радужным, однако результаты уже более тысячи операций, проведённых в 82 хирургических центрах Америки и Европы, приведены как более обнадеживающие. В нашей клинике мы применяем систему выявления ГЭРБ и ГПОД, проводится разъяснительная работа среди гастроэнтерологов, терапевтов, семейных и врачей других специальностей, внедрена в трех ЛПУ оригинальная малотравматичная операция (патент РФ на изобретение №2431448). Суть её проста и заключается в низведении пищевода и желудка в брюшную полость, проведении ленты из полипропилена позади пищевода в области пищеводно-желудочного перехода и фиксации концов к передней брюшной стенке. За шесть лет оперировано 230 пациентов (из них за последние три года - 151). Поскольку мы уже сообщали о результатах в тезисах наших съездов, то здесь только коснёмся основных из них. 1. Операция не преследует цель сужения ворот (крурорафию), если они менее 5 см. а только восстанавливает угол Гиса и клапан Губарева. Лишь у отдельных больных применяем переднюю крурорафию, если ворота шире и при перемещении пищевода и желудка из грудной полости в брюшную – отверстие остаётся не закрытым связками между диафрагмой, пищеводом и желудком. 2. Операция может быть выполнена, как открытым, так и эндохирургическим способами. Выполнима технически после короткой подготовки, а для опытного хирурга даже после ознакомления. 3. Интраоперационные и осложнения раннего послеоперационного периода минимальны. 4. Дисфагии редки, не носят мучительного характера, быстро проходят. 5. Отдалённые результаты у 89-92% пациентов можно оценить как отличные и хорошие клинически, эндоскопически и рентгенологически. Остальные можно признать как удовлетворительные, поскольку там, где имеется миграция имплантата, мы признаём неудовлетворительные – сами пациенты считают наоборот – хорошими, поскольку полностью избавлены от порой мучительных проявлений болезни. 6. Необходимо совершенствовать технологический процесс выполнения вмешательства, изучать состояние стенки пищевода до и после вмешательств. Единственным огорчающим фактором данного метода с установкой петлевого фиксатора из чужеродного материала является неизбежная реакция на инородное тело, ассоциированное с этим осложнение в виде инфекционного процесса по ходу имплантата или в местах крепления, миграция протеза в просвет пищевода. Так первично у 154 пациентов при применении полипропиленовой сетки мы получили инфекционные осложнения у 11 (7,1%), причём у 8 (5,2%) связанный с миграцией имплантата в просвет пищевода по задней стенке. Мы

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

опасались и ожидали такое осложнение, учитывая опыт бариатрических хирургов, где подобное осложнение с миграцией в желудок наблюдается у 7% оперированных, и литературные данные по хиатопластикам сетками с миграцией края сетки также в просвет органа. Однако, и это нас очень удивило и обрадовало, что миграция не приводит к разлитому воспалительному процессу в средостении или забрюшинном пространстве, не сопровождается выраженной общей реакцией, у 5 из 8 была находкой и не требует немедленного удаления. Для борьбы с этим осложнением мы используем аргоно-плазменный коагулятор, с помощью которого ленту в просвете пересекаем, она постепенно закрывается слизистой оболочкой и исчезает из просвета. Главное, что рецидива заболевания нет. В поиске замены полипропиленовому имплантату, произведены экспериментальные исследования на 24 кроликах. Результаты помогли в выборе ксеноперикарда как менее отягощённого осложнениями фиксирующего материала. Выявлена меньшая агрессия окружающих тканей, отсутствие миграции. В то же время нахождение ксеноперикарда в подкожной клетчатке увеличивает вероятность осложнённого течения, причину нам выяснить не удаётся, поэтому в последнее время мы используем комбинированную ленту. У последних 70 пациентов мы заменили полипропиленовую сетку на ленту из специально обработанного ксеноперикарда. Это сделано из расчёта применения более эластичного материала, на месте которого со временем образуется плотная соединительная ткань. У больных не наблюдается миграции в сроки уже более 2 лет, однако нам не удалось избежать инфекционных осложнений у 4 (3,7%). Положительные посевы на микрофлору были только в процессе лечения, что не исключает вторичный характер инфицирования. У таких пациентов, как и при применении ленты из полипропилена, мы производили вскрытие в месте крепления через малый разрез, осторожно инструментом ревизовали полость, ленту не удаляли, устанавливали дренажную трубку и производили длительное дренирование до полного купирования процесса из расчёта оставления имплантата для создания соединительнотканного каркаса вокруг него. Комплексное клиническое, рентгенологическое и видеозендоскопическое обследование через месяц у всех и через год у 44 показало отличные и хорошие результаты по основному заболеванию. Сравнивая результаты общепринятых классических операций по Ниссену, Дору, Тупе и по нашей методике, мы видим определённые преимущества техники проведения вмешательства, результатов ближайшего и отдалённого периодов и продолжаем совершенствовать технологию. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

338.ТЕРМИНОЛОГИЯ В ЭНДОСКОПИИ ДОЛЖНА ИДТИ В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А., Шешкина И.В., Баулина О.А., Баулина Е.А., Акжигитова А.А.

г.Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Фиброскопия (ФГДС, ФКС, ФБС и др.) является на сегодняшний день утвердившимся термином в практике, которая ассоциируется с гибкой эндоскопией вообще, что вступает в противоречие на сегодняшнем этапе развития эндоскопических технологий с внедрением видео- и цифровой технологий. Эти новые технологии дают большее преимущество в визуализации, техники проведения процедуры, получении исчерпывающей информации от обследования. Когда лечащий врач или коллега эндоскопист получают эндоскопическое заключение, по которому они формирует своё заключение о болезни, прогрессе, многое зависит на сегодняшний день от понимания, каким образом получены эти данные, на какой технике. Должно быть правильное понимание технических возможностей и указание на это. Нередко простое указание на тип прибора не вносит ясности, особенно для врачей далёких от этой процедуры, они просто не знают отличий эндоскопов по названиям и номерам серий. Опыт клиники и наш опыт преподавания на курсах переподготовки и повышения квалификации врачей убеждают нас в том, что стандарт «шапки» заключений нужно менять. 1. Гибкие эндоскопы на сегодняшний день имеют фиброволокно для передачи изображения от объекта к окуляру. Известны недостатки фиброволоконной эндоскопии: по техническим причинам «крадётся» не менее 30% качества изображения за счёт «мёртвых» зон, образующихся между цилиндрического строения фиброволокнами; каждое волокно – это пиксель, поэтому предел фиброскопа фактически 100-150 тысяч пикселей, что у видеоэндоскопов несравненно выше – в мегапикселях. Это означает, что имеется ожидаемое ухудшение качества картинки для интерпретации эндоскопистом. Такое исследование и должно привычно называться **ФИБРОСКОПИЕЙ** (ФГДС и др.). 2. Ранее появившиеся приставки для фиброскопов дали возможность изображения в окуляре за счёт электроннооптического преобразования перенести на экран. Действия эндоскописта стали более свободными, появилась возможность видеть увеличенное изображение, не одному, а сразу нескольким специалистам, помощникам. Но недостаток обусловленный фиброволокнами остался. Оптимально такое исследование должно называться **ФИБРОВИДЕОСКОПИЕЙ** (ФВГДС и др.). 3. В связи с изобретением электроннооптического преобразователя малой величины, изображение стало возможным передаваться не только с окуляра, но и непосредственно от объекта исследования. Изменилась технология получения изображения, передачи и трансформации, соответственно увеличилось количество пикселей, исчисляемое миллионами. Объект стало возможным видеть увеличенным вначале в 20-25 раз, а в настоящее время до 1 500 раз. Всё это привело к значительному улучшению качества

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

картинки, возможности рассмотреть мелкие детали, оттенки цвета, дало возможность выполнять виртуальную хромоскопию и, несомненно, к более точной и качественной диагностике заболеваний, как для предварительного, так и для окончательного заключения. Время требует, чтобы в заключении фигурировала именно ВИДЕОСКОПИЯ (ВГДС и др.). 4. Изображение стало возможным получать в интеллектуально преобразованном свете (NBI, FICE, SAC и др.), стереоскопическое (3D), высокой чёткости (HD), пока не внедрённое увеличение чёткости в 3 раза дополненное (4K) и как указано выше – увеличенное (x – увеличение во столько-то раз). Всё это значительно расширяет диагностические возможности эндоскопии и должно быть отгечено в заключении. Нам кажется, что мы должны изменить привычные бланки эндоскопических исследований, в заключениях в любом формате должны присутствовать данные об особенностях метода. Для любого специалиста будет понятно насколько современно и исчерпывающе оно выполнено. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

339.ПЯТЬ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ГАЗОВОЙ ЭМБОЛИИ

Баулин А.А., Сигаева Н.С., Баулин В.А., Ерюшкин В.П., Баулина Н.В.

г.Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Применение эндохирургических вмешательств, к сожалению, не обходится без самого грозного осложнения – газовой эмболии (1-2 на 10 000 – 0,01-0,02%), несмотря на то, что все отказались от использования воздуха и используют углекислый газ или закись азота. Из научной литературы известно, что элиминация углекислого газа из крови происходит достаточно быстро, до 100 мл в минуту, а смертельная доза воздуха при в\в введении – 20 см³. В Пензенской области за 32 года применения простой лапароскопии и 20 лет эндоскопической хирургии наблюдалось пять случаев газовой эмболии во время выполнения эндохирургических операций. Осложнения наблюдались в четырех лечебных учреждениях. Два – при малом количестве операций и по одному с опытом 3, 5 и более 40 тысяч операций. Эндохирургических вмешательств всего около 80 тысяч, частота осложнения 0,2% - 0,0062%. Осложнение настолько редко, что его можно рассматривать только конкретно. Разбор таких осложнений сложен по разным причинам, что-то не регистрируется, что-то не договаривается, даже по прошествии времени. У двух пациенток с бесплодием выполнялись

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лечебные лапароскопии с переходом на гистероскопию. В момент начального этапа гистероскопии и развился шок, остановка сердечной деятельности с последующей неэффективной реанимацией. Судебно-медицинское вскрытие подтвердило газовую эмболию как причину смерти. Проверка аппаратуры не выявила дефектов, техника выполнения вмешательств не нарушалась, для гистероскопии газ не применялся. У одной роженицы с осложнённым течением послеродового периода после кесарева сечения в связи с подозрением на наличие патологического субстрата в полости матки на 20-е сутки выполнялась диагностическая гистероскопия с использованием физиологического раствора. Остановка сердца наступила в момент нагнетания жидкости, реанимация неэффективна. На вскрытии – газовая эмболия Четвёртая пациентка поступила с замершей беременностью во втором триместре, прервана родовозбуждением с последующим выскабливанием полости матки. На восьмые сутки заподозрено наличие остатков плацентарной ткани в полости матки, начато типичное выполнение гистероскопии. В ближайшее время после начала нагнетания жидкости в полость матки наступила остановка сердца, реанимационные мероприятия не дали эффекта. На вскрытии констатирована газовая эмболия. Пятому пациенту предстояла лапароскопическая операция по поводу аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В анамнезе была аппендэктомия и лапаротомия по поводу травмы живота, спленэктомия. Первый вход осуществлялся в левой паховой области. Произведён разрез 2 см длиной, брюшная стенка приподнята, брюшная полость пунктирована иглой Вереща с ощущением провала, произведена жидкостная проба, инсуфлировано около 3 л углекислого газа, введён 10-мм троакар и эндоскоп, стабилизировано давление в брюшной полости на уровне 11-12 мм рт.ст. Произведён осмотр, который выявил спаечный процесс по средней линии – припаян сальник и небольшой плоскостной процесс в мезогастррии слева. Никаких признаков внутрибрюшных повреждений при вхождении не обнаружено. В левом подреберье введён 5-мм троакар и начат адгезиолизис с помощью крючка и зажима с применением монополярной коагуляции для освобождения от сальника по средней линии и поддиафрагмального пространства и с помощью ножниц для рассечения белых плоскостных спаек. Никаких отклонений в проведении наркоза не отмечалось, всё шло типично. На 18 минуте внезапно наступила остановка сердца, операция остановлена, карбоксиперитонеум быстро распущен, начат непрямой массаж сердца, сердцебиение три раза восстанавливали, но на короткое время, давление было нестабильное. Введение гормонов и вазопрессоров было малоэффективным. Анестезиолог настоял на том, что возможно незамеченное повреждение какого-то крупного сосуда или ТЭЛА. Повысили давление в брюшной полости до 8 мм рт.ст. и осмотрели прилежащие структуры, никаких признаков «катастрофы» в животе не обнаружено. Продолженная реанимация в течение 30 минут эффекта не дала. При проведении реанимации был эпизод отсоединения системы от катетера в кубитальной вене, быстро замечен. На патологоанатомическом вскрытии выявлена газовая эмболия. Обсуждение-предположения. Итак, четыре наблюдения относятся к гинекологическому разделу, а именно – гистероскопии. Первые два - комментировать трудно из-за скудности объективных данных, в частности, о состоянии матки. Можно предположить, что у двух других были завышены показания для

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гистероскопии из-за опасности именно воздушной эмболии, что может быть обусловлено следующей особенностью. В таких случаях матка расслаблена, сосуды могут зиять, зев не замкнут, в полость может попасть воздух. Подъём давления, в том числе за счёт жидкости, может привести к перемещению воздуха в вены матки – таза – нижнюю полую вену и т.д. Ситуация с хирургическим больным совершенно неясная, связать с адгезиолизисом, вскрытием просвета вен брюшной стенки и попаданием туда углекислого газа можно, но таких операций проводятся сотни тысяч, тогда бы подобное осложнение встречалось чаще, данная операция шла совершенно бескровно. Возникают вопросы: какой газ в полостях сердца, как определить; проверять ли газ в баллоне, если он сертифицирован; при сравнении 10-мм и 5-мм троакаров видно, что на конце 10-мм троакара есть боковые отверстия, зачем они, не может ли газ попадать через них в вены брюшной стенки при перемещении его наружу во время операции, когда отверстия сравниваются с брюшной стенкой; обычно при ТЭЛА попасть в периферическую вену легко, а в данной ситуации вену освоили с трудом; почему не было типичной для ТЭЛА «синюхи» и др.

340.ГДЕ ПРЯЧЕТСЯ ГЭРБ?

Баулина О.А., Сигаева Н.С., Баулина Е.А., Креймер В.Д., Баулин А.А., Акжигитова А.А., Баулин В.А.

г.Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

На сегодняшний день существуют довольно утвердившиеся постулаты, особенно среди врачей-гастроэнтерологов всех стран, касаемые ГЭРБ: век 20-й – век язвенной болезни, век 21-й – век ГЭРБ. «Айсберг» ГЭРБ всплыл в первую очередь в высокоразвитых странах. ГЭРБ – многими врачами признаётся как клинический «маскарад» в брюшной полости, и остаётся ещё загадкой причинной связи столь необычного проявления болезни. С нашей точки зрения, ГЭРБ страдают люди столько, сколько существует человечество и связано в первую очередь с прямохождением. Природа подарила нам угол Гиса и клапан Губарева как пассивную защиту. Её устройство основано на связочном аппарате, который может быть дискредитирован с рождения или со временем – отсюда его высокая частота развития, зависящая от возраста (до 50% после 50 лет). Ножки диафрагмы, пищевод, кардиальный отдел желудка не являются какой-то жёстко скреплённой структурой. Постепенно связочный аппарат перестает

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выполнять свою функцию, угол Гиса становится тупым, клапан Губарева не полностью прикрывает вход в пищевод, формируется недостаточность кардии. Отсюда понятно, почему и недостаточность кардии, и рефлюкс-эзофагит, и ГПОД чаще встречаются у людей старше 40-50 лет – теряются механические свойства связок. Язвенная болезнь отошла на второй план, поскольку не борьба с хеликобактером, а кислотоснижающие препараты, особенно ИПП, изменили ситуацию с язвенной болезнью. Но появились больные, состояние которых объяснить было трудно. Так заканчивался курс противоязвенной терапии, на фоне которого регрессировали клинические явления, заживала язва, а после отмены – всё возобновлялось. Требовалось осмысление. Оно пришло вместе с видеоэндоскопами, которые в разы за счёт более чёткой картинки поверхности слизистой оболочки нижней трети пищевода, увеличили возможность выявления даже начальных воспалительных пострефлюксных изменений. Отсюда и всплытие «айсберга» в развитых странах, поскольку дорогие видеоэндоскопы появились в первую очередь именно там. Что касается «маскарада», то мы это явление рассматриваем в связи с анатомической и функциональной особенностями пищеводного отверстия диафрагмы, связочным аппаратом и анатомическими образованиями расположенными здесь. При дыхании, особенно при прохождении пищевого комка в этой зоне, антиперистальтических движениях желудка, отрыжке, рвоте, кашле происходит физиологическое смещение пищеводно-желудочного перехода, что постепенно, с годами приводит к естественному растяжению связочного аппарата и постоянному патологическому перемещению абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка вверх. Не может обойтись без последствий постоянное перемещение этих органов – без травматизации стволов и ветвей блуждающих нервов, находящихся в тесном соприкосновении с пищеводом и желудком. С этим мы связываем появление симптомокомплекса названного «маскарадом». Надо заметить, что довольно травматичное вмешательство в этой зоне, видимо, не обходится без хотя бы минимальных повреждений также веточек блуждающих нервов, что изменяет или дополняет «маскарад» у ряда больных, и что особенно ярко проявляется пилороспазмом. Поскольку иннервация органов брюшной полости осуществляется за счёт блуждающих нервов и солнечного сплетения, находящихся в проекции подложечной области, то за ГЭРБ принимается целый ряд заболеваний. Нередко и врачи, и пациенты из-за большей инвазивности эндоскопии начинают обследование с УЗИ, выявляют ЖКБ и далее следуют отработанному стандарту – направляют к хирургам для лапароскопической холецистэктомии. У части больных все явления, как были в животе, так и остаются. Могут годами лечиться по поводу постхолецистэктомического синдрома. Если же производится гастроскопия, особенно без инверсионного осмотра кардии, то, как правило «выплывает» какой-нибудь гастрит или находят рубец – то язвенная болезнь, такие больные с такими диагнозами получают облегчение после курсового лечения от ИПП и надолго остаются с таким диагнозом, пока не выявится ГПОД. Очень большую группу составляют больные с абдоминальными эпигастральными болями, которые поступают экстренно с диагнозом острый панкреатит. Недаром эта группа с 3-4 места переместилась на второе или делят с холециститом и аппендицитом 1-3 места (по 24-27%), а в Санкт-Петербурге достигла 40%(!). Что происходит с этими больными? При поступлении им

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выполняют УЗИ, как правило, находят некие диффузные изменения, камней нет, при гастроскопии – нередко гастрит, язвы нет. Значит острый панкреатит, тем более, как сейчас, - это устраивает страховые компании. Но ведь оперативная активность только 9%, после назначения ИПП – больные на 2-4 день умоляют отпустить домой! Панкреатит ли здесь? Одним из типичных симптомов острого аппендицита является появление боли в эпигастрии в начале заболевания. Активная тактика без диагностической лапароскопии держала раньше чуть не 100% уровень оперативной активности, и катаральных аппендицитов было до 60%. Эта тенденция ослабла, но не прекратилась. Больные с ГЭРБ обнаруживаются в кардиологических отделениях с кардиалгией, даже некоторым дают инвалидность. Ввиду резко раздражающего влияния на дыхательные пути даже паров соляной кислоты, нередко у больных формируется астмоподобный синдром. Доказано раздражающее действие паров соляной кислоты на зубную эмаль, воздухоносные полости – такие больные находятся в профильных отделениях. Нередко такие больные, поскольку никто не может объяснить их состояния, становятся пациентами неврологов, психоневрологов и даже психиатров. Один из наших больных лечился, в том числе у сексопатолога, поскольку был невозможен половой акт в постели в типичной позе - у него возникало затекание и срыгивание, супруги связывали это с реакцией на половой акт, так как в бытовой жизни подобного у мужа не возникало. Сохранение неясной картины приводит, по нашему мнению, к постановке такого диагноза как синдром раздражённой толстой кишки. В чём причины и где дефекты? По нашему мнению, основанному не только на собственных наблюдениях, но и на опросах слушателей курсов повышения квалификации врачей, недостатки кроются в плохой информированности врачей, в том числе эндоскопистов, пренебрежении рядом необходимых манипуляций – измерение расстояния от резцов до Z-линии, инверсионным осмотром, утверждением, что эндоскопический метод исчерпывающий и не проведение рентгенологического исследования, в том числе в положении лёжа. Несомненно, огромное значение имеет оснащение видеоскопами и правильное их использование.

341. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Баулина Е.А., Креймер В.Д., Баулин А.А., Акжигитова А.А., Баулин В.А., Баулина О.А., Михайлова А.А.

г. Пенза

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Постхолецистэктомический синдром как проблема хирургии и гастроэнтерологии не теряет своей актуальности, хотя произошли определённые положительные подвижки в его частоте и понимании причинной связи. Частота госпитализации больных с симптоматикой болей в эпигастрии, в правом подреберье, дискомфортом после холецистэктомии в 70-80-х годах достигала на амбулаторном приёме 10,8% и в хирургических отделениях 4,5%. В отделения больных госпитализировали для лечения и с целью разобраться в причинной связи порой неудовлетворительных результатов холецистэктомии. Надо заметить, что диагностическая база в те годы была очень ограничена, малоинформативна. Хирурги оперировали при явных признаках деструктивного процесса в пузыре и при упорной клинике схожей с хроническим холециститом, когда желчнокаменная болезнь подтверждалась косвенно пероральной или инфузионной холецистохолангиографией, а эндоскопически и рентгенологически не обнаруживалась патология желудка и 12-перстной кишки. Фиброволоконная эндоскопия повлияла на снижение частоты постхолецистэктомического синдрома, но только в некоторой степени, помогая верифицировать патологию желудка и 12-перстной кишки. Положение стало меняться последние 25-30 лет в связи с внедрением УЗИ в практику, особенно, по нашим данным, при доступности УЗИ в потоке экстренных больных с острыми болями в эпигастрии (холецистит, панкреатит, язва и др.). Если до этого была большая вероятность точно не разобраться, то с эрой УЗИ пришло почти 100% достоверное подтверждение желчнокаменной болезни, поэтому операции стали выполняться по более чётким показаниям. Это сразу привело к уменьшению больных с постхолецистэктомическим синдромом до 2,5-2,7%, а последние годы менее 1%. Причём это стали больные, у которых была не ошибка диагностики желчнокаменной болезни, а не была обнаружена вторая патология. В последние 20 лет мини-доступ и лапароскопическая технология изменили отношение к плановой холецистэктомии при желчнокаменной болезни. Прослеживается тенденция упования на какой-то один или два достаточно достоверных метода диагностики, и появилась группа больных, у которых выявлена желчнокаменная болезнь, хирурги без более детального или качественного обследования производят плановую холецистэктомию, а больной в ближайшее время или несколько отдалённо заявляет, что это ему не принесло облегчения. Появляется снова «дежурный» диагноз – постхолецистэктомический синдром, которого по сути своей нет. Речь, как правило, чаще всего идёт о ГЭРБ, как о втором заболевании, что и подтверждается видеоэндоскопически. Внедрение за последние 10 лет современных высокоразрешающих и легко изгибающихся видеоэндоскопов изменило ситуацию, стала легко диагностироваться патология пищевода-желудочного перехода, о которой врачи догадывались, знали, но не получали инструментального подтверждения – недостаточность кардии, ГЭРБ и ГПОД – клинический «маскарад» в брюшной полости оставался загадкой. Конечно, ГЭРБ есть никакая-то «эпидемия 21 века», объявленная Европейскими гастроэнтерологами, а патология, которая всегда была, но не распознавалась. «Айсберг» и всплыл в

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

первую очередь в высокоразвитых странах, поскольку оснащение видеозендоскопами в них происходит раньше. В связи с заострением внимания на этом заболевании за последние три года, из 180 больных с желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом после холецистэктомии с неудовлетворением результатами операции снова обратились 26, у 24 выявлена ГЭРБ (13,3%). В это же время соотношение симультанных операций по поводу ЖКБ и ГПОД возросло с 9% до 31%. Помогает в улучшении качества диагностики в первую очередь инверсионный осмотр кардии и оценка её недостаточности. У больных с желчнокаменной болезнью, готовящихся к операции, надо обязательно применять высокоразрешающую видеогастродуоденоскопию с инверсией для осмотра кардии и зоны нижнего пищеводного сфинктера, рентгеноскопию пищевода, желудка, 12-перстной кишки, в том числе в положении лёжа, для выявления ГЭРБ и ГПОД, что значительно уменьшит количество больных с «постхолецистэктомическим» синдромом. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

342.ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГПОД И ГЭРБ

Баулина О.А., Сигаева Н.С., Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулин А.А., Стешкина И.В., Баулина Е.А., Акжигитова А.А.

г. Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

В последние годы в научной литературе о ГЭРБ всё более пишут как не только о гастроэнтерологической проблеме, а как о хирургической, изолированной проблеме или в сочетании с ГПОД. Поэтому продолжается пересмотр показаний для оперативного лечения, поиск более эффективных и менее травматичных методик операций. Показания к операции у больных с данной патологией довольно хорошо освещены в различных источниках как зарубежной, так и отечественной литературы, но они в основном касаются пациентов, имеющих ГПОД. Они сводятся к трем пунктам: наличию ГПОД, осложнениям ГЭРБ и неэффективности медикаментозной терапии. Мы применяем интегральный показатель, зависящий от нескольких факторов. Ведущим с нашей точки зрения является эзофагит (1), степень его выраженности и вероятность или уже наличие осложнений(2). Важнейшим фактором, ведущим к эзофагиту, является недостаточность кардии (НК), которую мы классифицируем на 4

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

степени на основании инверсионного осмотра кардии (3): 1 степень – не исчезающий свободный треугольник рядом с тубусом эндоскопа, несмотря на вращение, перемещение, он может только менять местоположение; 2 степень – постоянно не закрыто до $\frac{1}{2}$ окружности; 3 степень – не закрытая почти полная окружность; 4 степень – не закрытая полная окружность – тубус эндоскопа в «стакане». По сравнительным рентгенологическим данным оказалось, что при НК 3-4ст. всегда имеется ГПОД, которая в зависимости от степени является следующим показанием (4). Для ГЭРБ являются характерными внепищеводные проявления (5), которые имеют разную интенсивность и приводят к спаренной зависимой второй патологии. Неэффективность медикаментозной терапии (6) мы рассматриваем как многофакторный показатель, с помощью которого оцениваем возможность рецидива после курсов комплексного лечения, сохранение как клинических и, особенно важно, эндоскопических признаков эзофагита и динамика, выраженность побочных эффектов терапии, противопоказания, недостаточную приверженность, низкую мотивацию больных к лечению. Выраженность клинической картины (7) оценивается от отсутствия симптомов до нетерпимых. Следует заметить, что клинические проявления есть у $\frac{2}{3}$ пациентов, ещё у $\frac{1}{6}$ они могут быть выявлены только после целенаправленной беседы, и у $\frac{1}{6}$ ничего нет. Клинические проявления могут и не зависеть от степени выраженности изменений в пищеводе, но они нередко при малой эффективности консервативной терапии вынуждают больного склоняться в сторону операции. Отсюда полярные ощущения, когда при выраженных изменениях в пищеводе пациенты совершенно ничего не чувствуют и наоборот при минимальных – говорят, что состояние просто нетерпимое. Очень важно оценить степень снижения качества жизни (8) в связи с заболеванием. Этому сейчас придаётся большое значение в медицине, об этом заявляют и сами больные. Операция не есть панацея, но когда по разным причинам консервативная терапия не срабатывает – операция становится неизбежной. Кроме того, современная консервативная терапия является довольно дорогостоящей процедурой, непростой для государства и нередко неподъёмной для бюджета пациента. Поэтому «напрашивается» и имеет немаловажное значение показание, которое фактически формулируют также сами пациенты – экономическая составляющая (9), когда узнают, что лечение на всю жизнь и подсчитывают во что это обходится экономически. Мы учитываем в обязательном порядке наличие или отсутствие у таких пациентов сочетанной патологии (10) органов брюшной полости (ЖКБ, ЯБ, дуоденостаз, патология почек и др.), той, что требует хирургического лечения, и являемся сторонниками выполнения симультанных операций. Окончательное решение о консервативном или оперативном лечении, конечно, принимает сам больной, поскольку желание пациента (11), согласно законодательству, является приоритетом. Оценив каждый пункт в баллах, суммируя, мы предлагаем больному выбрать метод лечения, объяснив, что по оценке более 2 тысяч обследуемых и более 230 оперированных сумма в 10 баллов указывает на продолжение консервативного лечения, сумма в 20 баллов – оперативного, а в промежутке между ними – на операцию как желательный метод. И чем цифра не ближе к 20, тем операция более показана. Данная совокупность не может быть догмой, поскольку порой один фактор может быть преобладающим настолько, что приходится принимать решение об

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

операции. В данном сообщении мы не останавливаемся на детальной оценке хирургического лечения ГЭРБ изолированной или в сочетании с ГПОД, однако опыт более пяти лет и более 230 больных показал, что применение способа операции фиксации пищеводно-желудочного перехода (Патент РФ на изобретение №2431448) для восстановления полноценного угла между пищеводом и желудком (угла Гиса) и клапана Губарева соответственно показало высокую эффективность. Проведено сравнительное исследование с репрезентативными группами больных, статистически достоверно выявлены лучшие результаты. На основании этого мы пришли к выводу, что методика, отличающаяся малой травматичностью по сравнению с другими, может конкурировать и по общему результату, а разработанные показания для оперативного лечения помогают оптимизировать отбор больных при выборе способа лечения.

343. Хирургическое лечение пищевода Барретта с учетом молекулярно-генетического анализа слизистой

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Немцова М.В., Ветшев Ф.П., Осминин С.В.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Пищевод Барретта (ПБ) выявляют у 8-12% больных осложненным рефлюкс-эзофагитом (РЭ), наиболее часто в группе повышенного риска (мужской пол, белая раса, возраст >50 лет). Аденокарцинома (АК) пищевода – смертельное заболевание с пятилетней выживаемостью менее 20%, диагностируемое в России на поздних стадиях. Среди больных ПБ риск опухолевой прогрессии выше в 30-120 раз. Заболеваемость ПБ значительно возросла за последние 35 лет, на этом фоне в 6 раз увеличилась заболеваемость АК пищевода. Известно, что развитие и прогрессия АК обусловлена генетической нестабильностью клеток эпителия Барретта, исследование которой может явиться дополнительным клиническим и прогностическим маркером. Доказано, что антирефлюксная хирургия с высокой эффективностью предотвращает метапластическую прогрессию в слизистой при ПБ а, следовательно, развитие АК пищевода. С 2006 года в нашей клинике проведено хирургическое лечение 220 пациентов с осложненным РЭ (эрозивно-язвенный РЭ, пищевод Барретта, стриктура пищевода) и 119 раком пищевода, из них 40 АК пищевода. Лапароскопически выполнено 110 антирефлюксных операций, 3 экстирпации пищевода произведены тораколапароскопически. С 2012 года

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

с целью раннего выявления риска малигнизации, улучшения отдаленных результатов и эффективности хирургического лечения, введен алгоритм при котором, больным наряду с гистологическим исследованием проводится генетический анализ материала полученного при эндоскопическом исследовании. Для оценки состояния слизистой проводим генетический анализ, включающий исследование аномального метилирования генов CDKN2A и MGMT, выполняется до и после (не ранее 6 месяцев) антирефлюксной операции. Биопсию берут на 3 см выше Z-линии, далее из всех визуально измененных участков слизистой пищевода (суммарно не менее 8 фрагментов). При отсутствии молекулярных изменений, ассоциированных повышенным риском малигнизации, в зависимости от степени укорочения пищевода, делаем соответствующую антирефлюксную операцию. В случае гистологического и молекулярно-генетического подтверждения диагноза АК выполняем экстирпацию пищевода, в том числе тораколапароскопически. На сегодня лапароскопически оперированы 27 больных ПБ (15 мужчин, 12 женщин). Средний возраст составил 61 год (± 6); длительность анамнеза рефлюкс-эзофагита 7 лет (± 2). У 6 пациентов была выявлена кардиофундальная грыжа ПОД, у 21 кардиальная; укорочение пищевода I степени было диагностировано у 11 пациентов, II степени у 16; у 3 больных была пептическая стриктура пищевода. У 19 - при гистологическом исследовании выявлена метаплазия слизистой пищевода, у 8 дисплазия низкой степени. При генетическом анализе, проведенном в биоптатах до операции и после антирефлюксных операций, аномальное метилирование генов CDKN2A и MGMT в ДНК из эпителия пищевода, не выявлено. У троих пациентов с АК пищевода после тораколапароскопической экстирпации пищевода, при молекулярно-генетическом исследовании выявлено аномальное метилирование генов CDKN2A и MGMT. Исследование молекулярно-генетических маркеров в материале биопсии до и после хирургического вмешательства позволит доказать, что антирефлюксная операция, выполняемая по нашей оригинальной методике, способствует предотвращению малигнизации эпителия у больных ПБ.

344. СИНХРОННАЯ ТОРАКОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Дулова А.В.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Введение. В начале 90-х годов началось стремительное внедрение эндовидеохирургических технологий (ЭВХТ) в традиционную хирургию. На сегодняшний день лапароскопические операции не только не уступают в возможности и тщательности лимфодиссекции перед открытыми, но и имеют доказанные преимущества в виде прецизионности работы, более тщательного гемостаза, низкой частоты послеоперационных осложнений, и более ранней активизации больных. Эзофагэктомия остается одной из самых сложных операций на органах пищеварительного тракта, а при дополнении этой операции расширенной лимфаденэктомией увеличивается сложность, продолжительность, количество осложнений и уровень смертности. Существует большое количество нерешенных проблем: выбор анестезиологического пособия, оптимизация доступа, объем лимфодиссекции и т.д. Материалы и методы. Обладая опытом более 400 экстирпаций пищевода по поводу рака, в 2014 году в клинике наравне с традиционными операциями начато внедрение ЭВХТ. Разработан метод синхронной тораколапароскопической экстирпации пищевода с одномоментной пластикой трансплантатом, выкроенным из большой кривизны желудка с кровоснабжением за счет правой желудочно-сальниковой артерии, выполняемой одновременно двумя бригадами хирургов. Для этого вмешательства укладывали больных в косо-боковой позиции: торс с поворотом на левый бок под углом 45°, при этом расположение таза в горизонтальной плоскости и разведенными ногами. Операции выполняли с использованием однолегочной вентиляции. Во всех операциях этапы мобилизации и лимфодиссекции проводили интракорпорально. Операцию начинали с торакоскопического этапа для определения резектабельности опухоли с использованием 5 троакаров. После выделения опухоли начинали параллельно лапароскопический этап с использованием 3 троакаров и «руки помощи». Проводили расширенную 2-зональную лимфодиссекцию, которая является стандартом в хирургическом лечении рака пищевода. Желудочный трансплантат выкраивали экстракорпорально через доступ для ручной ассистенции одновременно с мобилизацией шейного отдела пищевода. Резецированный пищевод извлекали через брюшную полость, далее проводили трансплантат на шею и формировали двухрядный ручной анастомоз. Результаты. Описанная операция выполнена трем пациентам (R0): двум женщинам 39 и 61 года по поводу плоскоклеточного рака среднегрудного отдела пищевода T3N2M0 IIIb и T4aN1M0 IIIc стадии, а так же одному мужчине 50 лет с низкодифференцированной аденокарциномой нижнегрудного отдела пищевода, T1bN0M0, Ia стадии. Продолжительность операций составила 240-270 мин, кровопотеря от 150 до 250 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентов удалось активизировать уже на следующий день после операции. Летальных исходов или несостоятельности анастомозов в послеоперационном периоде не было. Выводы. Таким образом, наш первый опыт свидетельствует, что ЭВХТ позволяют выполнить вмешательство при раке пищевода различной локализации и распространенности. Применение ЭВХТ приводит к снижению частоты развития послеоперационных осложнений, уменьшению травматичности операции и кровопотери и, следовательно, к сокращению сроков пребывания больных в стационаре. Безусловно улучшается и качество жизни оперированных больных. В тоже время, важно учитывать опыт

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

хирургов в аналогичных «открытых» операциях, а так же специальную эндоскопическую подготовку.

345.Лапароскопические операции при раке желудка.

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Лахов М.А., Осминин С.В.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Рак желудка является одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований человека и занимает в структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России второе место после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин. К настоящему времени во многих странах накоплен большой опыт лапароскопических операций при раке желудка и количество их ежегодно увеличивается. В то же время, в России лапароскопические операции остаются эксклюзивными и выполняются в немногочисленных специализированных центрах. С 2011 года по 2014 год наравне с традиционными операциями выполнено 13 лапароскопических субтотальных дистальных резекций желудка по поводу рака дистального отдела желудка, и 4 гастрэктомии. Средний возраст пациентов 55 (± 4) лет, среди них 11 мужчин и 6 женщин. Безусловно использование малоинвазивных технологий целесообразнее и проще при ранних стадиях онкологического процесса, что регулярно демонстрируют зарубежные авторы. К сожалению, учитывая позднюю выявляемость и обращаемость в нашей стране, в клинической практике вынуждены оперировать больных преимущественно поздними стадиями заболевания. Распределение по классификации TNM (2009) было следующее: у двух пациентов - T1N0M0, у трех - T2N0M0, у четырех - T3N1M0, у трех - T4aN2M0, двух T4aN1M0. У 13 больных, перенесших резекцию желудка, опухоль локализовалась в антральном отделе; гастрэктомия выполнена 4 больным с опухолевым поражением тела желудка. Последовательность этапов лапароскопических операций соответствует традиционным хирургическим вмешательствам. У 9 больных выполнена резекция желудка по Бильрот I, у 1 больной использован вариант гастроэнтероанастомоза по Ру ввиду распространения опухоли дистальнее привратника на двенадцатиперстную кишку. В 9 наблюдениях операция проведена с использованием «руки помощи» при необходимости. У всех больных этапы мобилизации, лимфодиссекции и резекции (линейными сшивающими аппаратами) проводили интракорпорально. У 9 больных был сделан дополнительный

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

параректальный доступ длиной 6 см, который позволяет при необходимости использовать «руку помощи», извлекать макропрепарат и накладывать экстракорпоральный ручной анастомоз. У одной пациентки операция была выполнена полностью лапароскопически. Полностью лапароскопическая гастрэктомия проведена 2 больным, другим двум пациентам операция выполнена с использованием «руки помощи». При всех вмешательствах произведена стандартная лимфаденэктомия D2, при этом в среднем удалялось 18 (± 3) лимфоузлов. Гистологически в краях резекции опухолевой ткани выявлено не было (R0). Средняя продолжительность операции составила 220 (± 35) минут, однако, следует отметить, что время операции уменьшалось по мере накопления опыта и совершенствования хирургических навыков. Интраоперационных осложнений не было, в двух наблюдениях у пациентов отмечали явления послеоперационного панкреатита. Нахождение больных в реанимационном отделении составило в среднем 2-3 дня, все больные были выписаны на 8-9 сутки после операции. Всем больным после операции проведено химиотерапевтическое лечение. При контрольных обследованиях через 3-40 месяцев данных за прогрессию опухолевого процесса и вторичное распространение не получено. Анализируя первые полученные результаты, можно констатировать, что применение малоинвазивных технологий достоверно уменьшает кровопотерю, уменьшает время пребывания пациентов в условиях реанимации и в стационаре, что соответственно снижает стоимость лечения. Более ранняя активизация и реабилитация пациентов позволяет приступить к химиотерапии уже в раннем послеоперационном периоде. Также у больных, перенесших малоинвазивный вариант операции достоверно выше качество жизни, по сравнению с традиционно выполненными операциями. Безусловно полученные результаты можно расценивать, как положительные, однако необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ результатов.

346.Торакоскопическая плеврэктомия и декортикация (VATS PD) в лечении злокачественных плевритов

ЯДУТА Р.Т.(1,2), ЖЕСТКОВ К.Г.(1,2)

Москва

1) Российская Медицинская Академия Последипломного Образования 2) Городская клиническая больница № 50

Цели В настоящее время, лечение пациентов с прогрессированием злокачественного заболевания в виде метастатического плеврита остаётся

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сложной задачей онкологии и торакальной хирургии. В звене городского здравоохранения наблюдается значительный удельный вес пациентов с данной патологией. Целью нашего исследования является повышение эффективности хирургического лечения пациентов с метастатическим плевритом. Материалы и методы мы обладаем опытом восьми операций торакоскопической плеврэктомии и декорткации лёгкого. Для оценки клинико-функционального статуса больного мы используем общепринятые в онкологической практике клинические, лучевые и лабораторные методы обследования, а так же оценку общего состояния онкологического больного (шкала Карновского и ECOG), тяжести состояния и прогноз летального исхода по системе SAPS, и качества жизни по шкале SF 36 до хирургического лечения, спустя 10 дней, 1 мес., 2 мес. и 3 мес. после операции. Методика операции: VATS PD – торакоскопическая операция, при которой после ревизии и санации плевральной полости, выполняем тотальную костальную плеврэктомию, декорткацию легкого. Для минимизации риска травмы межрёберных сосудисто-нервных пучков, плеврэктомия выполняется после гидропрепаровки плевры, путем введения физиологического раствора под париетальный листок. При необходимости выполняем резекцию перикарда, легкого, диафрагмы, медиастинальную и ретростернальную лимфодиссекцию. На завершающем этапе операции проводим санацию 1-2 литрами антисептического раствора. Операцию заканчиваем установкой двух однопросветных дренажей диаметром 30 Fr. Дренажи подключаем к системе активной аспирации (20 см. вод. ст.). Результаты. Сроки расправления легкого в послеоперационном периоде составили от 1 до 2-х суток (в среднем - 1,25 сут.), а экссудации 3-5 дней (в среднем - 3,25 дней). Один пациент умер от тромбоза сосудов единственной почки. Остальные пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. При наблюдении пациентов до 5 месяцев рецидивов плеврита не было. На основании проводимого исследования разработаны критерии применения VATS PD у пациентов с метастатическим плевритом. Операцию целесообразно проводить пациентам у которых: 1. метастатический плеврит выявлен впервые; 2. отсутствует лечебный эффект от проведения или имеются противопоказания к неoadъювантной химиотерапии; 3. после эвакуации содержимого плевральной полости наблюдается полное расправление легкого; 4. поражение плевры носит односторонний характер. Выводы Предложенный способ позволяет выполнить циторедуктивную операцию, при этом облитерация плевральной полости позволяет продолжить комбинированное онкологическое лечение в ранние сроки и улучшить качество жизни пациентов.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

347. Опыт внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы под контролем эндосонографии

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

Москва

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В.Вишневского"

Введение: псевдокисты поджелудочной железы являются осложнением хронического панкреатита. Внутреннее дренирование под контролем эндосонографии представляет собой миниинвазивную методику, имеющую большое значение к этап лечения хронического панкреатита, направленный на ликвидацию жидкостного скопления. Мы сообщаем о наших результатах внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы под контролем эндосонографии. Материалы и методы: дренирование выполнялось в случае неосложненных симптоматических псевдокист, инфицированных, увеличивающихся в размерах псевдокист, а также в случае неосложненных асимптоматических псевдокист, размером более 6 см, без тенденции к уменьшению в течение 3 месяцев. Внутреннее дренирование выполнялось через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки с использованием эхоэндоскопа конвексного сканирования. Имплантация пластиковых стентов в псевдокисты проводилась с использованием иглы Джованини, в то время как металлические самораскрывающиеся стенты устанавливались по проводочному проводнику после создания соустья цистотомом диаметром 10 Fr. В 3 наблюдениях дополнительно выполнялась дилатация соустья баллонным дилататором диаметром 8 мм. Результаты: манипуляция выполнена 25 пациентам (17 мужчин, 8 женщин, средний возраст 41.5 года). Процедура была технически успешна у 96% пациентов (24 из 25), в 1 случае в ходе цистотомии возникло кровотечение, потребовавшее выполнение лапаротомии с цистоэнтеростомией. Клинический успех, определенный как полное спадение псевдокисты, достигнут в 84% наблюдений (21 из 25). В 4 случаях произошла преждевременная миграция стента, при этом у 2 пациентов возникло нагноение кисты, что потребовало пункционного наружного дренирования, 1 пациенту выполнена открытая операция, еще в 1 одном случае мигрировавший в полость кисты стент был извлечен эндоскопическим путем. Ни одно из осложнений не привело к летальному исходу. Длительность наблюдения составила от 3 месяцев до 3 лет. После спадения кисты эндоскопическое удаление стента выполнено у 53% пациентов (10 из 19), в остальных случаях стенты мигрировали из кисты самостоятельно. Рецидива псевдокисты не отмечено ни в одном наблюдении. Заключение: внутреннее дренирование под контролем эндосонографии является эффективным и безопасным методом лечения псевдокист поджелудочной железы.

348. Применение лапароскопических технологий при окклюзионных поражениях аорто-подвздошного сегмента.

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Мандриков В.В., Пироженко П.А., Луковскова А.А., Уфимцев В.С., Короткова А.И., Исаев А.В.

Волгоград

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет
Клиника №1

Цель: оценить эффективность аорто-подвздошных реконструкций с полностью лапароскопическим наложением центрального анастомоза у пациентов с синдромом Лериша по сравнению с традиционными открытыми операциями. В отделении сердечно-сосудистой хирургии Клиники № 1 ВолГМУ в период с 2012 по ноябрь 2014 гг оперировано 138 пациентов с синдромом Лериша. Все пациенты были мужского пола, средний возраст составил 67 ± 5 лет. Всего выполнено 46 (33,6%) прямых реконструктивных операций с использованием полностью лапароскопической техники и 92 (68,9%) - с использованием одного из открытых традиционных доступов. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом в сочетании с эпидуральной анестезией (L1-2). Использовались наборы инструментов для лапароскопической хирургии аорты фирмы «Aescular», «Carl Storz», а также ультразвукового скальпеля «Harmonic» и классического набора инструментов для сосудистой хирургии. Результаты. Проводили анализ интра- и послеоперационных данных. Время лапароскопической операции составило 160 минут для унилатерального и 210 – для бифуркационного шунтирования. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила в среднем 150 мл. Среднее время лапароскопической мобилизации аорто-подвздошного сегмента составляет 45 минут. Частота интраоперационных осложнений в настоящее время составляет 17, 4% (N=8). Ранний послеоперационный период у больных, оперированных лапароскопически, характеризовался более легким течением. Среднее время пребывания в палате реанимации пациентов, перенесших лапароскопическую реконструкцию, составило 22 ч, послеоперационный парез кишечника разрешался не позднее 26 часов, со 2-х суток пациенты на фоне восстановленного пассажа возвращались к обычной диете, мобилизация пациентов производилась на 2 сутки, средний послеоперационный койко-день в составил $7 \pm 3,7$ дней. У пациентов, оперированных открытым способом, парез разрешался к третьим-четвертым суткам, пребывание в палате реанимации – 2-6 суток. Мобилизация пациентов основной группы производилась на 2 сутки. Средний послеоперационный койко-день в основной группе составил $7 \pm 3,7$ дней. Анализ интра- и послеоперационных данных доказывает сопоставимую эффективность лапароскопических технологий в сравнении

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

с открытыми операциями. Преимуществом лапароскопических аорто-бедренных реконструкций перед открытыми вмешательствами считаем снижение операционной травмы, раннюю активизацию пациентов, быстрое восстановление пассажа по кишечнику и снижение частоты длительных парезов кишечника, снижение сроков пребывания пациента в палате реанимации и профильном отделении и, как следствие, сокращение затрат на лечение данной группы больных.

349.ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Ачкасов С.И., Шельгин Ю.А., Москалёв А.И., Скридловский С.Н., Трубачева Ю.А., Жданкина С.Н., Сенашенко С.А.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России

Дивертикулярная болезнь в последние годы выходит на первые места по распространённости среди неопухолевых заболеваний толстой кишки. Хирургические вмешательства при этом сопряжены с достоверно большей частотой развития осложнений, чем при раке. Лапароскопические методы представляются одним из ведущих направлений в улучшении результатов хирургического лечения данной категории пациентов. Цель работы: анализ особенностей применения лапароскопического метода в плановом хирургическом лечении осложнений дивертикулярной болезни. Пациенты и методы. Критерии включения в исследование: наличие дивертикулярной болезни с хроническими воспалительными осложнениями, формирование первичного толстокишечного анастомоза. Критерии исключения: признаки острого воспалительного процесса, операции на толстой кишке в анамнезе, признаки выраженного и распространённого рубцово-спаечного процесса в брюшной полости, индекс массы тела ≥ 35 кг/м², общие противопоказания к формированию пневмоперитонеума. В исследование были включены 113 больных, оперированных в ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России в 2007-2013 гг. Основную группу составили 61 пациент, которым были выполнены лапароскопически-ассистированные вмешательства. 52 пациента, составляющие контрольную группу, оперированы открытым способом. Результаты. Группы были сопоставимы по объёму выполненной резекции, распространённости поражения дивертикулами ободочной кишки, индексу массы тела, способу формирования анастомозов. В основной группе конверсии выполнены 7 (11,5%) пациентам, причём у 4 (6,6%) – минилапаротомный разрез был

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

увеличен до 10-12 см для выполнения оперативного приема в малом тазу. Превентивная кишечная стома была сформирована 5 (8,2%) пациентам основной и 9 (17,3%) – контрольной группы ($p=0,16$). Интраоперационные осложнения отмечены у 2 (3,3%) пациентов основной группы, в обоих случаях это было причиной конверсии. Тяжелые послеоперационные осложнения имели место у 4 (6,6%) пациентов основной группы и у 4 (7,7%) – контрольной. Летальности в группах не отмечено. Установлено, что существует достоверная связь между распространённостью воспалительного процесса в брюшной полости и длительностью оперативного вмешательства. При протяжённости воспалительных изменений более 7 см длительность операции в среднем составила 212 мин, а при протяженности менее 7 см – 157 мин ($p=0,03$). Во всех случаях причиной интраоперационных осложнений и конверсии было избыточное содержание жировой клетчатки в органах и тканях брюшной полости, препятствующей манипуляциям. Причём в 5 случаях из 7 индекс массы тела был меньше 30 кг/м². Во всех случаях расширения минилапаротомного доступа, а также во всех случаях осложнений имело место распространение воспалительного процесса на левую боковую стенку таза: это затрудняло идентификацию мочеточника и левых подвздошных сосудов и увеличивало риск их повреждения. Выводы. При лапароскопически-ассистированных вмешательствах по поводу осложнений дивертикулярной болезни вероятность конверсии и интраоперационных осложнений выше при избыточном содержании жировой клетчатки в брюшной полости, даже при отсутствии формальных критериев ожирения. Риск послеоперационных осложнений выше при распространённости воспалительных изменений более 7 см, а также вовлечении в воспалительный процесс боковых стенок таза.

350.Лапароскопическая герниопластика при рецидивирующей паховой грыже полипропиленовой конструкцией типа «Plug and Patch»

Оловянный В.Е., Буюклинский В.С., Голенов С.Ю.

Архангельск

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»

Современные руководства по лечению паховых грыж рекомендуют эндоскопический доступ как предпочтительный для пациентов с рецидивирующей грыжей после предшествующего открытого вмешательства. В настоящее время для эндоскопической герниопластики применяются плоские импланты из различных материалов с фиксацией их

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

к подлежащим тканям брюшной стенки. Предложение использовать трехмерные герниосистемы рассчитано на более плотное прилегание импланта к укрепляемым анатомическим образованиям паховой области и предотвращение его бокового смещения. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с рецидивирующими паховыми грыжами. За период с 2010 г. по 2014 г. авторами выполнена лапароскопическая герниопластика (TAPP) 9 пациентам по поводу рецидивирующей паховой грыжи после предшествующей открытой операции. Все пациенты мужского пола, средний возраст 60,6 года (52 – 73). У двух пациентов грыжа рецидивировала многократно (до 5 раз). Только в одном случае предыдущая операция выполнялась с использованием сетчатого импланта. В пяти наблюдениях рецидивирующие грыжи были прямыми, в 4 – косыми. В двух случаях выявлено по два грыжевых дефекта, у одного пациента – три. Для закрытия грыжевых ворот применили эндоскопический вариант методики «Plug and Patch» (пробка и заплата), объединив метод S. Bogojavlensky (1989), использованный автором в эндоскопической хирургии, когда грыжевой канал obturировался свернутой в форме волана полипропиленовой лентой (пробка) и метод предбрюшинного расположения импланта J. Corbitt (1990). Сетка (заплата) фиксировалась к установленной первой части (обтуратору). Таким образом формировалась единая трехмерная герниосистема, менее подверженная боковому смещению за счет фиксации ее в грыжевом канале по сравнению с традиционным плоским имплантом. Кроме того, не было необходимости широко освобождать грыжевые ворота при рецидиве грыжи от рубцовых тканей, что затрудняет вмешательство и повышает риск осложнений. Выделялись грыжевые ворота для их закрытия обтуратором и площадка вокруг для фиксации заплаты меньшего размера, чем рекомендуется при стандартной технике. Средняя продолжительность операции составила 60 минут. Среднее время нахождения в стационаре - 3 дня. В одном случае отмечено осложнение – гематома грыжевого канала, разрешившаяся консервативно. Максимальное время наблюдения составило 4 года. Рецидивирования грыжи, хронического болевого синдрома не отмечено. Заключение. Предложенная методика лапароскопической герниопластики при рецидивирующих паховых грыжах представляется авторам более надежной по сравнению с использованием традиционной техники. Формируемая трехмерная конструкция уменьшает риск смещения импланта. Преимущество предлагаемой герниосистемы в простоте ее изготовления непосредственно в ходе операции с учетом анатомических особенностей пациента, размеров и количества грыжевых ворот.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

351. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Корытцев В.К., Чернов А.А., Каторкин С.Е., Андреев П.С., Шамин А.В., Журавлев А.В., Поликашин Н.Н.

г. Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. В настоящее время, преимущество лапароскопических операций перед операциями с использованием традиционного лапаротомного доступа не вызывает сомнения. Это приводит к уменьшению операционной травмы, снижению интраоперационной кровопотери, хорошей визуализации анатомических структур, более легкому течению послеоперационного периода. Относительными недостатками лапароскопических технологий являются необходимость использования дорогостоящего оборудования и длительные сроки оперативных вмешательств на этапе освоения. Лапароскопические технологии в настоящее время широко применяются в колоректальной хирургии при различных заболеваниях толстой кишки. Цель исследования – провести анализ результатов лечения больных с различными заболеваниями толстой кишки при использовании лапароскопических технологий. Операции на толстой кишке с использованием лапароскопических технологий в клинике госпитальной хирургии СамГМУ выполняются с 2011 года. В период с 2011 по 2014 гг. было оперировано 22 пациента, среди них было 16 женщин и 6 мужчин. Средний возраст пациентов – $50,0 \pm 12,3$ лет. Критериями выбора лапароскопического варианта операции были: возраст больных не старше 70 лет, индекс массы тела не более 25, отсутствие выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Среди противопоказаний к лапароскопической операции при раке толстой кишки считаем – стадии T4 опухоли, большие размеры первичной опухоли, местно распространенный процесс, перифокальное воспаление, острая кишечная непроходимость, выраженный спаечный процесс брюшной полости. При выполнении операций использовали ультразвуковой скальпель Harmonic, генераторы EnSeal и LigaSure. Для пересечения кишки в брюшной полости использовались аппараты Echelon и EndoGIA. Циркулярные сшивающие аппараты применяли для формирования интракорпорального колоректального анастомоза. Показаниями для оперативного лечения служили: хронический запор в стадии декомпенсации, и неэффективности консервативной терапии - 5 больных; доброкачественные новообразования толстой кишки (тубуло-ворсинчатая аденома) - 6 пациентов; дивертикулярная болезнь ободочной кишки - 2 больных; колоректальный рак - 9 больных. Выполнена 1 колэктомия с илеоректальным анастомозом, 8 левосторонних гемиколэктомий с формированием трансверзоректального анастомоза, 4 резекции сигмовидной кишки, 6 передних резекции прямой кишки, 3 мезоректумэктомии с экстирпацией прямой кишки. Средняя продолжительность операций с использованием лапароскопического доступа – 250 ± 43 минут. Конверсия выполнена у 6 (27 %) пациентов при угрозе развития интраоперационных осложнений – 2011

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

год (0 из 3 операций), 2012 год (3 из 7 операций), 2013 год (2 из 2 операций), 2014 год (1 из 10 операций). Мы отметили снижение числа конверсий, уменьшение времени операций по мере накопления опыта. Послеоперационные осложнения отмечены у 2 (9 %) больных оперированных в 2012 году. Ранение левого мочеточника было у одной пациентки, которое было диагностировано на 8 сутки после операции. Еще у 1 пациента развилась несостоятельность коло-ректального анастомоза. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность пребывания больного после лапароскопической резекции толстой кишки составила в среднем $12,3 \pm 6,1$ суток. При наблюдении за пациентами в течение 1 года у 1 (4,5 %) из оперированных больных отмечено формирование рубцовой стриктуры аппаратного коло-ректального анастомоза, что потребовало повторного оперативного вмешательства с резекцией толстой кишки с зоной анастомоза. Таким образом, лапароскопические операции являются сложными оперативными вмешательствами, которые требуют системной подготовки операционной бригады и, на этапе освоения, сопровождаются высоким риском развития осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

352.Высокотехнологичная лапароскопическая хирургия в
общехирургическом стационаре

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

г. Оренбург, Россия

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, колоноскопия) обусловило увеличение пула больных с диагностированными объемными образованиями печени и надпочечников, а также патологией толстой кишки, в первую очередь, дивертикулезом. Данные группы пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Исходя из поддерживаемой нами концепции необходимости минимизации операционной травмы, с 2012 г. мы начали выполнять оперативные вмешательства при вышеназванных патологиях лапароскопическим доступом. В соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 г. № 916н "О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи" лапароскопические вмешательства по поводу этих нозологий в ходят в разряд высокотехнологичных. Цель работы: оценить эффективность высокотехнологичных лапароскопических вмешательств в

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

общехирургическом стационаре. Материал и методы. В 2012-2014 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены высокотехнологичные вмешательства у 43 пациентов. У 29 пациентов выполнены вмешательства на печени, у 7 – на надпочечниках, у 7 – на толстой кишке. В процессе вмешательств мы применяли ультразвуковую диссекцию и биполярную коагуляцию, в колоректальной хирургии использовали линейные и циркулярные сшивающие аппараты. Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего обязательном порядке в случаях патологии печени и надпочечников КТ-исследование и колоноскопию при патологии толстой кишки. У 29 пациентов были объемные образования печени. В 28 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарная и бисегментарная резекция печени – 15, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 1 случае при живом эхинококке; иссечение непаразитарных кист печени – 12; открытая эхинококкэктомия – 1; правосторонняя гемигепатэктомия – 1. Средний размер солидных образований составлял 5-6 см. Расположение – передние и боковые локализации (S II, III, IV, V, VI). 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 12 случаях, в 3 случаях выполнена резекция левого латерального сектора. Во всех случаях диссекцию ткани печени, пересечение гилсоновой 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 1 – при фундопликации по Ниссену. Кистозные образования фенестрировали с аспирацией содержимого. Максимально иссекали стенку кисты с прилежащей тканью печени с целью минимизации размеров остаточной полости с дезпитализацией последней монополярным 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,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

правосторонняя гемигепатэктомия завершена открытым способом. Вмешательства на надпочечниках выполнены у 7 пациентов. В 5 случаях произведена адреналэктомия (2 правосторонних и 3 левосторонних) по поводу объемных образований от 2,5 до 5 см в диаметре. В 3 случаях это были инциденталомы, в 1 случае – феохромоцитомы, в 1 случае – аденокортикальный рак. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрюшинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства, выявлено, эти кисты исходят из надпочечников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников. Вмешательства на ободочной кишке выполнены у 7 пациентов. В 6 случаях показанием к операции был дивертикулез (у 4 больных локализация процесса – сигма, 2 – сигма и нисходящая ободочная кишка), у 1 пациента – малигнизированный полип сигмовидной кишки. В 5 случаях выполнена резекция сигмовидной кишки, в 2 – левосторонняя гемиколэктомия (у 2 пациентов с дивертикулезом сигмы и нисходящей ободочной кишки). Все 7 вмешательств завершены наложением аппаратного колоректального анастомоза. 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. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий в общехирургической практике и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

353.Интервенционные методики под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении опухолевого поражения печени

Вертянкин С.В., Якубенко В.В., Никитин Д.В., Стативко О.А.

Саратов

Саратовский Государственный Медицинский Университет

Современная тенденция к использованию малоинвазивных вмешательств не обходит стороной и онкологию, где стремление к меньшей операционной травме не должно превалировать над радикальностью лечения. Интервенционные методики под ультразвуковым наведением (диагностическая тонкоигольная аспирационная биопсия) позволяют

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

уточнить показания к оперативному лечению, а также выполнить миниинвазивное радикальное лечение (чрескожная радиочастотная термоабляция), что особенно актуально для пациентов с тяжелым общим состоянием. Материал и методы. С 2010 по 2014 гг в Клинике факультетской хирургии и онкологии им. С.Р. Миротворцева находились 34 пациента с направительным диагнозом – очаговое образование, опухоль печени (17 мужчин – 50%, 17 женщин – 50%) в возрасте от 33 до 78 лет. Проведенные всем пациентам стандартные исследования (УЗИ, а также МРТ и КТ, нативное и с контрастированием) не позволили окончательно установить характер опухолевого поражения и определить тактику лечения, что потребовало выполнения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) печени, которая производилась иглой размером 22G × 4 ¾ 0,71×20 mm под ультразвуковым наведением. При цитологическом исследовании пунктатов образований печени 34 пациентов в 8 (23%) случаях получены клетки первичного рака, в 16 (47%) – метастатического, в 3 (9%) случаях – эритроциты, в 6 (18%) – гепатоциты, фиброциты, в 1 (3%) случае получен уплощенный эпителий и коккобациллярная флора. В 14 (40%) случаях диагностический поиск был завершён после ТАБ – выявлены нерезектабельные опухоли печени, хирургическое лечение было не показано. 10 (30%) пациентам выполнялись диагностические лапароскопии и лапаротомии. 5 (15%) – радикальные операции из лапаротомного доступа – анатомические резекции печени (гемигепатэктомии). 5 пациентам (15%) выполнена чрескожная радиочастотная термоабляция метастазов печени под контролем УЗИ с помощью аппарата Cool-tip™RF фирмы Covidien. 24 (70,5%) больным после ТАБ поставлен диагноз – рак. В 3 (9%) случаях злокачественных клеток при ТАБ не получили, однако при последующем оперативном вмешательстве цитологически был обнаружен рак. У 7 (20,5%) пациентов клеток рака не обнаружено. У 31 (91%) пациента окончательный диагноз совпадает с данными, полученными при ТАБ, у 3 (9%) – диагноз поставлен после диагностических операций. Таким образом, у 27 (79%) пациентов выявлены злокачественные новообразования, у 6 (18%) – хронический гепатит и очаговый фиброз печени, у 1 (3%) больной – киста печени. Чувствительность метода – 88,9%, специфичность – 100%, общая точность 91,2%. Таким образом, высокая диагностическая ценность тонкоигольной аспирационной биопсии очаговых образований печени позволила в 40% случаев отказаться от травматичных диагностических операций под наркозом, в 30% установить морфологический диагноз, что явилось показанием к выполнению радикальных операций, половина из которых выполнена с помощью миниинвазивной интервенционной методики под УЗИ контролем – чрескожной радиочастотной термоабляции.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

354. Дифференциальный выбор эхонавигационных интервенций в неотложной хирургии у детей

Влахов А.К., Притуло Л.Ф., Пейливанов Ф.П., Шаевский Д.В., Обидный А.А.

Симферополь

КГМУ им. С.И.Георгиевского

Цель: улучшить результаты лечения хирургических больных детского возраста путём дифференцированного выбора и рационального внедрения миниинвазивных оперативных вмешательств под контролем ультразвуковых методов визуализации в неотложной хирургии. Объект: 146 больных с периоперационными осложнениями острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости, опухолевой патологией паренхиматозных органов обоего пола возрастом от 1,5 до 16 лет, проходивших лечение в хирургическом отделении Крымской республиканской детской клинической больницы в 2010-2014г.г. Методы: для диагностической верификации проводили аспирационные и трепанационные биопсии очаговых и диффузных поражений органов и тканей. С лечебной целью выполняли чрескожные холангиостомии; пиелонефростомии; дренирование и этапное пункционное лечение отграниченных и распространённых жидкостных скоплений при различной хирургической патологии и периоперационных осложнениях. Для операций использовали портативные сканеры с мультислотными датчиками 3,5-7,5 МГц. Пункции выполняли двухсоставными иглами 14-21 G. Устанавливали дренажи 6-24 Fr одношаговым методом и по S.I.Seldinger; стилет-катетером, троакаром. Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне. При необходимости устанавливали 2 и более дренажей. Пунктаты и аспираты подвергали морфологическим, бактериологическим и биохимическим исследованиям. Всем больным выполняли клинико-инструментальные обследования. Результаты: проведено 148 пункционно-дренирующих эхоконтролируемых вмешательств. Осложнений, летальных исходов, перфораций полых органов, пневмо- и гемоторакса, длительно не купируемого болевого синдрома, связанных с выполнением эхоконтролируемых операций, постинвазивных нагноений не было. При obstructивных процессах билиарного тракта применяли 2-этапную программу периоперационных мероприятий. На I этапе проводили дозированную билиарную декомпрессию путём эхоконтролируемой чрескожной чреспечёночной холангиостомии. После снижения билирубинемии до 80-60 мкмоль/л, коррекции тяжести печёночной недостаточности до легкой степени, или купирования её симптомов, выполняли II этап: ликвидацию непроходимости желчевыводящих путей путём полостной операции. Разработанная программа позволила у 16 больных выполнить последующие открытые хирургические вмешательства с минимальным риском для пациентов, сократить количество и тяжесть послеоперационных осложнений. У 18 больных с постнекротическими осложнениями деструктивного панкреатита проведенные пункционно-дренирующие операции позволили: ликвидировать гипертензию в сальниковой сумке, предотвращая прямое протеолитическое воздействие на ткань

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поджелудочной железы, развитие ферментативного перитонита; явились периоперационной профилактикой развития забрюшинной флегмоны, полисерозитов; способствовали блокированию ферментной аутоинтоксикации, бактериальной транслокации, снижению послеоперационной летальности. 78 больным выполнено чрескожное дренирование и этапное пункционное лечение отграниченных и распространённых жидкостных скоплений (кисты, абсцессы, гематомы, биломы, серомы, плевриты) при различной хирургической патологии и периоперационных осложнениях. Миниинвазивные методы позволили избежать применения открытых вмешательств и релапаротомий. 34 больным с опухолями паренхиматозных органов различной локализации пункционные трепан-биопсии позволили провести гистоморфологическую верификацию патологии. Выводы: применение чрескожных эхоконтролируемых пункционно-дренирующих эхонавигационных интервенций существенно улучшает результаты лечения хирургических больных, способствует эффективному снижению количества и тяжести периоперационных осложнений, послеоперационной летальности, сокращению сроков пребывания в стационаре, снижению затрат на медикаментозное обеспечение.

355.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Попов А.А., Мананникова Т.Н., Слободянюк Б.А., Федоров А.А., Тюрина С.С., Головин А.А., Логинова Е.А.

Москва

ГБУЗ МО Московский Областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Отделение эндоскопической хирургии

Актуальность. В настоящее время ожирение считается современной «неинфекционной эпидемией». По данным, опубликованным в 2013г ООН, в России частота ожирения составляет 24,9%, что позволяет ей занимать в списке лидирующих стран по распространенности ожирения 24-ое место. По статистике 2-4% взрослых людей в России имеют тяжелую (морбидную) форму ожирения, когда индекс массы тела (ИМТ) превышает 40кг/м². Высокие темпы роста и широкая распространенность данного заболевания приводят и к росту частоты ассоциированных с ожирением заболеваний. Доказана взаимосвязь между развитием рака яичников, рака эндометрия и ожирением. В сравнении с пациентами с нормальной массой тела, у женщин с ожирением (ИМТ 30-40кг/м²) рак эндометрия встречается в 2,5

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

раза чаще, а у пациенток с морбидным ожирением (ИМТ >40кг/м²) — в 6,3 раза чаще. Наиболее распространенной операцией в гинекологической практике является гистерэктомия. В России лапароскопическая гистерэктомия у больных с морбидным ожирением до настоящего времени не распространена, что определяет актуальность настоящего исследования. Цель: определить место лапароскопической гистерэктомии в лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний внутренних половых органов у больных с морбидным ожирением. Материалы и методы. В период с 2013-2014 гг в отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ было прооперировано 65 больных с морбидным ожирением, из них у 60 произведена лапароскопическая гистерэктомия, в одном случае (1,54%) произведена лапароскопически-ассистированная влагалищная гистерэктомия, в двух случаях (3,1%) DV-ассистированная операция, у двух пациентов (3,1%) использовался доступ «открытой» лапароскопии. Возраст больных составлял от 36 до 76 лет (средний возраст 57лет±8,4). ИМТ был в пределах от 35,64 до 64,98кг/м² (средний ИМТ 48,37кг/м²±7,9), при этом у 24 пациентов ИМТ более 50 кг/м² и у 6 больных более 60 кг/м². Показаниями к оперативному лечению являлись: аденокарцинома эндометрия (46,15%), симптомная миома матки (37%), кистомы яичников (20%), атипичная гиперплазия эндометрия (3,1%), рецидивирующая гиперплазия и полипоз эндометрия (12,3%), сочетание патологии тела матки с пролапсом гениталий (4,6%) и стрессовым недержанием мочи (1,54%). У всех пациентов был отягощенный соматический анамнез: гипертоническая болезнь (92,3%), ИБС (69,2%), нарушения ритма (7,7%), сахарный диабет II типа (30,8%), варикозная болезнь, ХВН (40%), лимфедема (3,1%), тромбофлебит (3,1%), заболевания бронхо-легочной системы (10,8%), язвенная болезнь (6,2%), рак молочной железы (1,54%), пупочные грыжи (15,4%), анемии разной степени тяжести (9,2%). В 9,23% были произведены супрацервикальные гистерэктомии, в 1,54% операции произведены без удаления придатков. В 89,23% случаев гистерэктомии сочетались с удалением придатков, в 9,23% с удалением маточных труб, в 6,2% с минилапаротомией, в 1,54% с сакровагинопексией проленовым лоскутом, в 1,54% с тазовой лимфоаденэктомией, в 6,2% с герниопластикой пупочного кольца, в 1,54% с коррекцией стрессового недержания мочи, пластикой задней стенки влагалища сетчатым протезом. Результаты. Длительность операции составила 94,3мин±44,76, длительность анестезиологического пособия 120мин±49,51, кровопотеря 128,55мл±60,78. Пребывание в стационаре - 4койко/день±0,94. Был отмечен 1 случай десерозирования прямой кишки у пациентки с выраженным спаечным процессом. В послеоперационном периоде в двух случаях наблюдалось нарушение пассажа мочи, что потребовало стентирования мочеточников, 1 случай гематомы купола влагалища без повторного оперативного вмешательства, 1 случай абсцесса в области разреза после минилапаротомии. Бронхо-легочных и кардиоваскулярных осложнений не отмечено. Выводы. Длительное время ожирение высокой степени рассматривалось как противопоказание для лапароскопических операций в гинекологии. Несмотря на то, что гистерэктомии ассоциированы с высоким риском осложнений, мы считаем проведение таких операций лапароскопическим доступом у пациентов с морбидным ожирением наиболее оптимальным ввиду небольшого количества осложнений и малой травматичности.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

356. Эндоскопические технологии в диагностике и лечении рака периампулярной зоны (РПЗ).

Рудакова М.Н., Рябов К.Ю., Жевельюк А.Г., Угольников С.П., Трандофилов М.М., Шершнёв О.Ф.

Москва

ГБУЗ ГКБ № 57 ДЗМ

Рак периампулярной зоны (головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, терминального отдела холедоха) в ранних стадиях является заболеванием крайне сложным для диагностики, а в поздних – для лечения. За 2013-2014 годы в АДП №1 ГКБ №57 находилось на лечении 172 больных с РПЗ. В процессе обследования 83 пациентам выполнено эндоскопическое ультразвуковое сканирование (ЭУС). Во всех случаях удалось визуализировать очаговое образование в головке поджелудочной железы, оценить распространённость процесса за пределы органа, инвазию в крупные сосуды, поражение лимфоузлов. Тонкоигольная пункция под контролем ЭУС (ЭУС-ТИП) произведена 28 раз. Однако по данным цитологического исследования верификацию процесса удалось получить только в 83 % случаев. Для улучшения процесса диагностики с марта 2014 года мы применяем систему конфокальной микроскопии Cellvisio (Manua Kea Technologies, Франция) (КМ). Выполнено 13 исследований. По данным КМ у 11 пациентов обнаружена микроскопическая картина характерная для аденокарциномы. Диагноз верифицирован при последующем микроскопическом исследовании биоптата. Типичные осложнения опухолей РПЗ – механическая желтуха, дуоденальная непроходимость, хронический болевой синдром. За указанный период на лечении находилось 115 пациентов, с РПЗ сопровождающимися различными осложнениями. 97 больных поступило с механической желтухой, при этом данное осложнение было первым проявлением заболевания. Лечение у этой категории пациентов начинали с ЭРПХГ и билиодуоденального стентирования. Стентирование удалось с первой попытки у 51 больного, у 3-х - во время второго, после предварительной папиллотомии, и 1 - во время третьего. У 42 (43%) произвести канюляцию протока и эндоскопическое стентирование не удалось (было произведено наружное желчеотведение или срочная паллиативная операция). Отдельную группу составили 16 больных, которым ранее уже было произведено билиодуоденальное стентирование с рецидивами желтухи или симптомами холангита. Из них – у 10-ти ранее был установлен пластиковый стент, у 6-ти – саморасширяющийся металлический (СРМС). В случае установленного

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ранее пластикового стента, при дуоденоскопии его удалось сразу в 9-ти случаях, а затем произвести повторное стентирование СРМС. В одном случае первично это не удалось, в связи с тем, что ранее было выполнено двойное стентирование (пилородуоденального и билиодуоденального) и на кишечном стенте произошло налипание остатков пищи и манипуляции с желчным стентом были невозможны. На первом этапе больной был установлен назодуоденальный зонд, причем дистальный конец был заведен под ячейки кишечного стента. В результате промываний через 5 дней удалось визуализировать кишечный фрагмент билиодуоденального стента и произвести его замену на СРМС через ячейки кишечного стента. В группе больных с установленными ранее СРМС (6 человек) причиной желтухи была обтурация стента желчными камнями или сладжем или прорастание его опухолью. При наличии сладжа, камней в желчных протоках выше стента – у 2-х больных произведена санация стента и вышележащих протоков в сочетании с механической литотрипсией. В случае прорастания стента опухолью производилось – у 2-х больных была попытка удаления стента (эффективна у одной пациентки.) У 2-х больных было выполнено стентирование вторым стентом с установкой его внутрь первого. В результате – у одного больного это позволило купировать желтуху и холангит, а у второй – выполнено удаление обоих стентов с рестентированием. Под нашим наблюдением находилось 26 больных с дуоденальной непроходимостью. Причем у 21 она сочеталась с механической желтухой. При наличии изолированной дуоденальной непроходимости (или если ранее уже был установлен билиодуоденальный стент) под двойным (рентгенологическим и эндоскопическим) контролем устанавливали саморасширяющийся кишечный стент (у 8 больных). Считаем возможным установку кишечного стента только в случае, если опухолевая стриктура локализуется не ниже вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки. В случае прорастания опухоли в нижнегоризонтальную ветвь двенадцатиперстной кишки или в область связки Трейца стентирование не выполняли. При наличии механической желтухи на первом этапе выполняли бужирование или баллонную дилатацию опухолевой стриктуры кишки, затем производили стентирование холедоха. Если стентирование холедоха выполнить не удавалось или было невозможно пройти стриктуру кишки, то 3 больным было произведено наружное желчеотведение и стентирование двенадцатиперстной кишки, а в 15 случаях больные были оперированы. Отмечены следующие осложнения: При установке СРМС у 2-х больных развился острый холецистит, потребовавший в 1-м случае оперативного лечения. У одного пациента при попытке удалить проросший опухолью ранее установленный СРМС развилось неконтролируемое желудочно-кишечное кровотечение приведшее к смерти пациента. У 3-х пациентов с механической желтухой на почве диссеминированного РПЗ несмотря на купирование билиарной гипертензии, прогрессировала печёночно-почечная недостаточность в результате чего больные скончались. Еще одним осложнением у больных с местнораспространенным раком периампулярной зоны является выраженный болевой синдром. При наличии болевого синдрома более 6-8 баллов (по 10-ти бальной шкале) у 14 больных выполнен эндоскопический нейролизис чревного сплетения. Вмешательство выполняли под контролем конвексного эндоскопического сканирования. Целью было - снижение болевого синдрома до 1-3 баллов.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

При наличии других проявлений опухолевого процесса (желтуха, дуоденальная непроходимость) они разрешались в первую очередь, а после нормализации показателей крови выполняли нейролизис. Осложнений во время вмешательства не было. В 72 % случаях потребовалось одно вмешательство для получения искомого эффекта, у – 21% больных – 2 и у 7% – 3 вмешательства. В целом – эффект удалось достигнуть в 100% случаев. Таким образом, использование различных эндоскопических технологий позволяет не только максимально быстро установить диагноз, но и провести лечение осложненных форм РПЗ малоинвазивными способами.

357. Применение принципов fast-track в лечении острого аппендицита

Сажин А.В., Нечай Т.В., Тягунов А.Е., Лобан К.М.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И Пирогова Минздрава РФ, кафедра общей хирургии и лучевой диагностики педиатрического факультета

С 2012 года в клинике применяются методики раннего послеоперационного восстановления пациентов с ургентной хирургической патологией. За 9 месяцев 2014 года на кафедре общей хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова выполнено 226 лапароскопических аппендэктомий (ЛАЭ). Цель: сравнить результаты лечения пациентов с острым аппендицитом, пролеченных по протоколам раннего послеоперационного восстановления с пациентами, пролеченными по стандартным принципам ведения послеоперационного периода. Материалы и методы: проведено проспективное исследование. Проводилась рандомизация пациентов по номерам историй болезни: пациенты с четными номерами историй болезни велись по протоколу fast-track, с нечетным – согласно общепринятым методикам послеоперационного восстановления. В исследование включено 67 пациентов с острым флегмонозным и острым гангренозным не перфоративным аппендицитом, осложненные местным перитонитом. По протоколу fast-track пролечено 31 (основная группа) , по стандартному протоколу 36 (контрольная группа). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все пациенты прооперированы в течение двух часов от поступления. Всем пациентам выполнена ЛАЭ под эндотрахеальным наркозом. Протокол fast-track включал в себя: 1) антибиотикопрофилактику вместо антибиотикотерапии 2) санацию брюшной полости без использования салфеток и ирригации 3) отказ от дренажей 4) обкалывание точек установки троакаров раствором лидокаина

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

5) подъем больного через 2 часа после операции б) кормление через 3 часа после операции (жидкая пища) 7) внутрикожные рассасывающиеся швы. Результаты: послеоперационный койко-день в основной группе был ниже, чем в контрольной (2,9 против 5,7). Выраженность послеоперационного болевого синдрома в первые сутки также была ниже: спустя 4 часа после операции боль как слабую расценивали 87% оперированных в основной и 63% в контрольной группе. Ни у одного пациента обеих групп не было признаков хирургической инфекции. У 3 пациентов контрольной группы (8,3%) развился послеоперационный парез кишечника, потребовавший его стимуляции. В основной группе парез кишечника развился у 1 пациента (3,2%). Выводы: алгоритмы раннего послеоперационного восстановления имеют преимущества перед традиционными методами ведения пациентов в ургентной хирургии в плане экономических затрат и уменьшения количества осложнений.

358.КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ.

Рябов К.Ю., Рудакова М.Н., Жевелюк А.Г., Левендюк О.А., Воробьёва Н.Н.

Москва

ГБУЗ ГКБ № 57 ДЗМ

Диагностика и дифференциальная диагностика очаговых образований поджелудочной железы (ПЖ) представляет значительные трудности. Из существующих методик получения материала для морфологической верификации процесса в поджелудочной железе наиболее информативной (но и наиболее сложной) является тонкоигольная пункция под контролем эндоскопического ультразвукового исследования. Однако, получение достоверных результатов затруднено из-за сложности визуализации и, часто, требует выполнения повторных эндоскопических исследований, что не только значительно увеличивает сроки установки диагноза, но и тяжело переносится пациентами. В последние годы для диагностики заболеваний полых органов (пищевод, желудок, толстая кишка, бронхи) начато применение прижизненной конфокальной лазерной эндомикроскопии (КМ). Применение данной методики во время эндоскопического исследования дает возможность не только получать прижизненную информацию о морфологическом строении слизистой оболочки, но и позволяет наметить точку для взятия биопсии наиболее изменённых участков. Применение конфокальной микроскопии для диагностики заболеваний (ПЖ) только начинается. В мире есть единичные сообщения о

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

применении этой методики при кистозных и солидных образованиях. В России сообщений о применении КМ при солидных образованиях ПЖ нам найти не удалось. В нашей клинике КМ для диагностики опухолей ПЖ мы применяем с марта 2014 года. Методика исследования: Исследование выполняли в стандартном для эндоскопического исследования положении пациента на левом боку под местной анестезией. За 10 минут до начала исследования в/в вводили 5 мл 10 % раствора флуоресцина натрия. Использовали ультразвуковой комплекс, оснащенный конвексным ультразвуковым гастроскопом GF-UCT-140 фирмы Olympus (Япония) и систему Cellvisio (Manua Kea Technologies, Франция). Выполняли обзорную ультрасонографию панкреаторбилиарной зоны. После обнаружения очагового образования в ткани поджелудочной железы (или зоны, подозрительной на очаг) под контролем эндосонографии производили пункцию образования иглой 19G с заранее введённым в ее просвет конфокальным минизондом CholangioFlex™. После этого рабочий конец минизонда выдвигали на 1 мм дистальнее острия иглы и осуществляли сканирование ткани. При этом проводилась оценка клеточных элементов в режиме реального времени. Для достоверности исследования пункция образования выполнялась из трёх точек. При выявлении участков с наличием клеток подозрительных на злокачественные, минизонд извлекался из иглы и проводилось выполнение аспирационной биопсии ткани железы с последующим микроскопическим исследованием. Получены следующие результаты: Исследование выполнено у 13 пациентов с очаговыми образованиями головки поджелудочной железы и являлось заключительным этапом после проведения всех возможных неинвазивных методов исследования. Мужчин было - 8 , женщин-5. Средний возраст составил 67,8 лет. Длительность исследования колебалась от 20 до 40 мин, составляя в среднем 28,5±11,8 мин. Во всех случаях удалось визуализировать очаговое образование в головке поджелудочной железы и выполнить его прицельную пункцию. По данным конфокальной микроскопии у 11 пациентов обнаружен нерегулярный сосудистый рисунок с утечкой флуоресцина в ткань опухоли. Сама ткань опухоли была представлена серыми клетками небольшого размера с большими чёрными ядрами, занимающими большую часть клетки. Это позволило выставить предварительный диагноз аденокарциномы. Во всех случаях диагноз верифицирован при последующем микроскопическом исследовании биоптата. У одного пациента результаты конфокальной микроскопии не позволили убедительно сформулировать диагноз. Проводилась дифференциальная диагностика между раком и хроническим псевдотуморозным панкреатитом. При микроскопическом исследовании биоптата диагноз рака не подтверждён. Еще у 1-го пациента при КМ клеток рака выявлено не было. При микроскопии биоптата – хронический панкреатит. Осложнений вмешательств не было. Таким образом, конфокальная лазерная эндомикроскопия является высокоинформативным и безопасным методом диагностики *in vivo*, позволяющим получить достоверную информацию о гистологическом строении образований поджелудочной железы. По мере накопления опыта может явиться полноценной альтернативой традиционному гистологическому исследованию.

359. Антеградная методика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой.

Гайнулин Ш.М. (1,2), Баранов Г.А. (1), Налетов В.В. (1), Веденеев А.А. (1), Зинатулин Д.Р. (1,2)

Москва

1. ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия (главный врач – д.м.н., проф. Ш.М.Гайнулин). 2. ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова” Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: В настоящее время отмечается рост заболеваний, сопровождающихся синдромом механической желтухи. У части больных выполнение ретроградных эндоскопических вмешательств являются невыполнимыми (состояние после резекции желудка по Бильрот 2, парапапиллярные дивертикулы и др.). В этих случаях оправданным является антеградное вмешательство под комбинированным (ультразвуковым и рентгенологическим) контролем. **Цель:** Улучшить результаты лечения больных холедохолитиазом, осложненным синдромом механической желтухи методами интервенционной радиологии. **Материалы и методы:** В ГБУЗ ГКБ № 5 ДЗ г.Москвы в 2014 году антеградное лечение холедохолитиаза, осложненного синдромом механической желтухи, было выполнено 8 больным в возрасте от 29 до 82 лет. Средний возраст составил $65 \pm 8,3$ года. Уровень билирубина был от 84,2 мкмоль/л до 439,5 мкмоль/л. Причиной выполнения антеградного вмешательства послужило невозможность выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства (резекция желудка по Бильрот 2 – 2, парапапиллярный дивертикул – 3, склерозирующий папилит – 1), отказ больного от выполнения эндоскопического вмешательства (2 больных). Все больные были разделены на 2-е группы: 1-я с билирубинемией до 100 мкмоль/л, 2-я – свыше 100 мкмоль/л. Антеградное лечение в первой и второй группе отличалось тем, что второй группе первым этапом выполнялась наружная чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия для снижения уровня гипербилирубинемии. После снижения билирубина до 100 мкмоль/л больным выполнялась баллонная папилодилатация баллоном 40 x 10 мм при давлении 4 атм, создаваемое инъектором высокого давления компании SOOK Medical. Далее конкременты до 10 мм при помощи корзинки Dormia низводились в просвет 12 перстной кишки. Конкременты диаметром более 10 мм подвергались литотрипсии механическим литотриптором с последующим низведением. Все вмешательства заканчивались наружной

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

холангиостомией, что позволяло проводить рентгенологический контроль за пассажем по желчным протокам на 3-5 сутки. При восстановлении пассажа холангиостома удалялась. Результаты: Средние предоперационные сроки составили 12, послеоперационные – 10 дней. Продолжительность оперативного лечения 70 ± 25 минут. Интраоперационная кровопотеря составила от 10 до 50 мл. Длительность нахождения в отделении реанимации в послеоперационном периоде не превышал 2-х койко-дней. Наблюдалось 1 осложнение – желчеистечение из манипуляционного канала, которое было устранено лапароскопически (лапароскопия, лапароскопическое дренирование холедоха по Керу, санация, дренирование брюшной полости). Летальных исходов не наблюдалось. У 2-х больных не удалось выполнить литотрипсию, когда размер конкрементов превышал 35 мм. Данным больным была выполнена лапаротомия, холедохолитотомия. Заключение: Антеградная холедохолитотрипсия и низведение конкрементов в просвет 12 перстной кишки является технически выполнимым вмешательством и альтернативой традиционным методам лечения больных холедохолитиазом осложненным билиарной гипертензией, которым невозможно выполнить ретроградное эндоскопическое вмешательство. Данная методика обладает всеми преимуществами малоинвазивных вмешательств, что позволяет выполнять данный вид лечения как больным с неотягощенным анамнезом, так и больным с тяжелой сопутствующей патологией, для которых традиционные вмешательства (лапаротомная либо лапароскопическая холедохолитотомия) связаны с высоким операционно-анестезиологическим риском.

360. Миниинвазивная декомпрессия билиарного тракта при механической желтухе

Меджидов Р.Т., Койчуев Р.А., Султанова Р.С., Меджидов Ш.Р.

Махачкала

ГБОУ ВПО "ДГМА" МЗ РФ

Среди хирургических заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны наиболее тяжелыми являются патологии, сопровождающиеся стойкой окклюзией внепеченочных желчных протоков. Хирургические вмешательства, выполняемые на высоте желтухи имеют высокий риск развития тяжелых осложнений и летальность при этом достигает до 30 – 35%. В связи с этим почти все хирурги, работающие в этой области дают предпочтение двухэтапной тактике. Поэтому ускоренное уточнение диагноза, определение уровня окклюзии и декомпрессия билиарного

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

тракта (БТ) в срочном порядке имеют решающее значение в лечении данной категории больных. Цель исследования. Уточнить преимущества миниинвазивных способов декомпрессии БТ и доказать их эффективность в скорейшем разрешении печеночной недостаточности. Материал и методы. В клинике общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ прошли обследование и лечение в последние годы 1214 пациентов с механической желтухой. Декомпрессия БТ с использованием миниинвазивных технологий была выполнена 417(34,3%) пациентам. Под видеолaparоскопическим контролем - в 62(14,8%) наблюдениях, из мини - доступа - в 202(48,4%), трансдуоденально под эндоскопическим контролем - в 8(1,9%), ЧЧХС - в 145(34,9%). В случаях проведения декомпрессии БТ под видеолaparоскопическим контролем чреспеченочная микрохолецистостомия выполнена в 53 наблюдениях, чреспеченочная холангиостомия - в 9. При применении мини - доступа выполнялась контактная холецистостомия. В случаях трансдуоденальной декомпрессии БТ проведено стентирование участка опухолевой обструкции. Результаты и их обсуждение. При проведении декомпрессии БТ осложнения возникли в 4(6,4%) наблюдениях. В 3 случаях проведения декомпрессии БТ под лaparоскопическим контролем отмечено желчеистечение, конверсия на минилапаротомию, проведена контактная холецистостомия. В одном случае микрохолецистостомия, проведенная под видеолaparоскопическим контролем не обеспечивала эффективной декомпрессии БТ, была наложена контактная холецистостомия из мини - доступа. В группе пациентов, которым декомпрессия БТ была осуществлена путем выполнения холецистостомы из мини - доступа, повторные вмешательства пришлось выполнить 16(7,8%) больным в виду прекращения поступления желчи по холецистостоме и нарастания желтухи. Причиной оказалось прорастание пузырного протока опухолевым процессом при его низком впадении в холедох, проведена ЧЧХС. Среди больных, которым была осуществлена декомпрессия БТ путем выполнения ЧЧХС, осложнения отмечены у 5(3,4%) пациентов. В 2 наблюдениях имела место дислокация катетера, проведена переустановка катетера, а у 3 отмечена гемобилия, которая была остановлена путем проведения консервативных мероприятий. Из всех перечисленных способов декомпрессии БТ наиболее эффективными и не ухудшающими качество жизни больных являются ЧЧХС (наружно - внутреннее дренирование БТ) и ретроградное дуоденобилиарное стентирование, при которых отсутствует синдром нарушенного пищеварения. В случаях выполнения полного наружного отведения желчи следует проводить нутритивную поддержку с помощью сбалансированных нутриентов. Вывод. Применение малоинвазивных методик декомпрессии БТ позволяет значительно улучшить показатели лечения больных с механической желтухой.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

361. Выбор метода декомпрессии желчных протоков при опухолях гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненных синдромом механической желтухи.

Гайнулин Ш.М. (1,2), Баранов Г.А. (1), Налетов В.В. (1), Зинатулин Д.Р. (1,2), Куприянова А.С. (1), Ермакова В.С. (1).

Москва

. ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия (главный врач – д.м.н., проф. Ш.М.Гайнулин). 2. ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова” Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Одним из самых распространенных осложнений онкологических заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны является синдром механической желтухи. Механическая желтуха при онкологических заболеваниях – длительно развивающийся процесс с выраженными нарушениями функции печени, сложно поддающийся коррекции. Одним из самых главных вопросов у данной группы больных является выбор способа декомпрессии билиарного тракта. При адекватном методе декомпрессии снижается число осложнений, связанных со снижением давления в печеночных протоках и нарушением пассажа желчи. Цель: определить наиболее оптимальный метод декомпрессии билиарного тракта у больных со злокачественным поражением органов гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненным синдромом механической желтухи. Материалы и методы: В ГБУЗ ГКБ № 5 ДЗ г. Москвы с 2012 по 2014 год находилось на лечении 93 больным со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны с синдромом механической желтухи. Возраст больных составил от 43 до 82 лет (средний возраст $75 \pm 10,5$ года) и уровнем билирубина от 92,3 мкмоль/л до 714,5 мкмоль/л. Причиной желтухи у 68% больных являлось злокачественное поражение головки поджелудочной железы. Всем больным выполнялась антеградная декомпрессия билиарного тракта: 29 – чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия, 43 – наружная холангиостомия, 21 – наружно-внутренняя холангиостомия. Холецистостомия выполнялась под УЗ-наведением, стилет-катетером с дренажем Dawson - Mueller диаметром 10.2 либо 8.5 Fr фирмы COOC Medical. Холангиостомии проводились под комбинированным УЗ и рентгенологическим наведением. Первым этапом под УЗ – наведением выполнялась пункция сегментарного желчного протока иглой Chiba 18 G фирмы COOC Medical и выполнялась холангиография для определения уровня блока и решения вопроса о методе декомпрессии. При дистальном блоке и наличии панкреатической гипертензии больным выполнялась транспапиллярная наружно-внутренняя холангиостомия, проксимальном блоке – препапиллярная наружно-внутренняя холангиостомия, при невозможности провести проводник через стриктуру, либо в тяжелом состоянии больного выполнялась наружная холангиостомия. Для наружной и препапиллярной наружно-внутренней холангиостомии использовались дренажи Dawson - Mueller диаметром 10.2 либо 8.5 Fr фирмы COOC Medical, транспапиллярной холангиостомии – билиарный дренажный катетер фирмы

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

COOC Medical. Лапароскопический контроль стояния дренажа не требовался. Результаты: У больных после холецистостомии процент миграции дренажа в первые 3-е суток составил 18%, в течение 10 суток – 47%. Процент послеоперационных осложнений составил 32% (прогрессирование печеночной недостаточности, почечная недостаточность, наружное подтекание желчи помимо дренажа и др.), послеоперационная летальность составила 17%. После наружной холангиостомии процент миграции дренажа из желчных протоков в первые 3-е суток составил 10 %, в первые 10 суток – 12 %. Процент послеоперационных осложнений составил 24%, послеоперационная летальность 10%. После наружно-внутренней холангиостомии процент миграции дренажа в первые 3-е суток составил 4,8 %, 10 суток – 0 %. Процент послеоперационных осложнений составил 16%, послеоперационная летальность 8%. Заключение: выполнение холангиостомии при опухолях гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненных синдромом механической желтухи, является более предпочтительным по сравнению с холецистостомией ввиду меньшего количества осложнений и миграций дренажей. Наружно-внутренняя холангиостомия – наиболее адекватный метод декомпрессии, позволяющий снизить число миграций дренажей и послеоперационных осложнений до минимума. При этом отпадает необходимость принимать желчь per os, что значительно улучшает качество жизни данной категории больных. Наружно-внутренняя холангиостомия может применяться в качестве окончательного варианта устранения механической желтухи при неоперабельных опухолях гепатопанкреатобилиарной зоны.

362.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ЕЕ ОСНОВЕ

Протасов А.В.(1,2), Шемятовский К.А.(1), Рогачев М.В.(2), Полякова Е.В.(1)

Москва

1. РУДН 2. КБ 85 ФМБА России

Идея одномоментного выполнения нескольких операций возникла давно. Первое упоминание о сочетанной коррекции двух хирургических заболеваний относят к 1735 году, когда Claudius выполнил аппендэктомию и герниопластику одиннадцатилетнему мальчику. Резко возросший интерес к данной проблеме объясняется целым рядом причин: увеличением продолжительности жизни, совершенствованием диагностических методик, улучшение анестезиологического и реанимационного пособия,

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

широкому внедрению малоинвазивных вмешательств. Широкое распространение получили одномоментные операции, как на основе лапароскопических вмешательств, так и в сочетании лапароскопических и традиционных. Следует помнить, что необоснованное расчленение оперативного лечения сочетанных заболеваний во многих случаях чревато упущением оптимальных сроков хирургической коррекции сопутствующих патологических изменений, а также развитием в раннем послеоперационном периоде обострения некорригированного заболевания. В хирургическом отделении КБ85 ФМБА России за период с 2004 по 2014 год из 1100 лапароскопических холецистэктомия 93 (8,45%) сопровождались различными симультанными вмешательствами, как лапароскопическими, так и обычными. Возраст больных – от 23 до 78 лет. Наиболее часто выполнялись различные виды герниопластики: лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах – 61, при вентральных грыжах – 7. Кроме того лапароскопическая холецистэктомия довольно часто сочеталась с различными гинекологическими вмешательствами – резекцией одного или обоих яичников – 6, с флебэктомией с одной или двух сторон – 6, РЧО вен – 5. Достаточно часто лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с абдоминопластикой (3), лапароскопической операцией Ниссена (5). Оценивая результаты внедрения симультанных операций можно сказать, что одномоментные вмешательства избавляя больного от нескольких заболеваний сразу, позволяют избежать риска повторных вмешательств и общего обезболивания, исключается возможность обострения сопутствующего заболевания в послеоперационном периоде и, кроме того, имеются явные экономические преимущества. Длительность оперативного вмешательства обычно увеличивалась незначительно, а продолжительность послеоперационного периода после сочетанных операций не возрастала по сравнению с изолированными вмешательствами. Летальности в этой группе больных не было, что можно объяснить тщательным подбором больных. Количество различных интра- и послеоперационных осложнений не превышало таковые в группе больных с изолированной холецистэктомией, что по всей видимости можно объяснить более ответственным отношением операционной бригады к выполнению симультанной операций. В заключении можно сказать, что более широкое внедрение симультанных операций целесообразно и необходимо, в связи с общим старением населения, и как следствие, выявлением у пациентов 2-3 заболеваний, требующих хирургического вмешательства.

363. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Хатьков И.Е., Израилов Р.Е., Васнев О.С., Терехин А.А., Тютюнник П.С.

Москва

Московский Клинический Научный Центр

Цель – оценка результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами после выполнения лапароскопических операций. Материал и методы. Изучены ближайшие результаты лечения 39 больных с послеоперационными вентральными грыжами, которым выполнены лапароскопические операции в период с 2013 по 2014 годы. Мужчин было 18 (46%), женщин – 21 (54%). В соответствии с классификацией Европейского Общества герниологов (EHS) по размеру грыжевого дефекта больные распределились следующим образом W1 (до 4 см) 5, W2 (4-10 см) 25, W3 (более 10 см) 9. Безопасность вхождения в брюшную полость достигалась за счет применения оптического троакара (Visiport), что позволяло наблюдать за рассечением тканей под контролем лапароскопа. Использовали полипропиленовые трансплантаты с антиадгезивным покрытием размером 10x15 см у 5 больных, 15x20 - у 24 и 25x30 – у 8. Размер трансплантата подбирали в зависимости от размера грыжевого дефекта так, чтобы фиксировать сетку не менее чем в 3 см от края грыжевого дефекта. Предварительно фиксацию сетки осуществляли нитями ПДС, затем эндогерниостеплером металлическим или рассасывающимися скрепками. При наличии грыжевого дефекта менее 10 см его предварительно ушивали. Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции составила 134±32 мин. (от 60 до 240 мин.). Кровопотеря была минимальной и не превышала 100 мл. Конверсия потребовалась 2 (5%) больным: в связи с выраженным спаечным процессом в брюшной полости (n-1) и повреждением тонкой кишки на этапе разделения спаек (n-1). У 2 (5%) больных потребовалась пункция серомы под контролем УЗИ через 3 месяца после операции, других раневых осложнений не отмечено. Рецидив грыжи отмечен у 1 (2,6%) больной, она была оперирована повторно также лапароскопически, причина рецидива – недостаточный размер выбранного трансплантата. Средний койко-день после лапароскопической операции составил 4,3. Заключение. Выполнение лапароскопических операций при вентральных грыжах связано с непродолжительным пребыванием больного в стационаре, минимальным числом раневых осложнений и рецидивов.

364. Мультифокальные поражения при распространённых формах глубокого инфильтративного эндометриоза брюшной полости

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Вередченко А.В., Чурсин В.В.

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 эндометрия, 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 августа 2013г по декабрь 2014г в хирургическом отделении НЦАГиП им. академика Кулакова В.И. оперированы 250 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. 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. 181 пациентка нами

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

оперирована по поводу эндометриоза брюшины и диафрагмы, выполнена коагуляция и иссечение очагов эндометриоза. У 69 больных наряду с эндометриозом брюшины выявлен инфильтративный эндометриоз толстой кишки, выполнено 50 (20%) резекций толстой кишки, 4 (1.6%) дисковидные резекции, в 15 (6%) случаях удалось иссечь эндометриоидный инфильтрат с стенки кишки (шейвинг). У 19 (7.6%) пациенток выявлен эндометриоз червеобразного отростка, выполнена аппендэктомия. У 25 (10%) пациенток были вовлечены мочевые пути, потребовавшие выполнить уретеролиз, в 7 (2.8%) случаях выполнена резекция стенки мочевого пузыря. 8 (3.2%) больным выполнено иссечение эндометриоидного 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 5 (2%) случаях, вовлечение в эндометриоидный инфильтрат мочеточников и толстой кишки в 7 (2.8%) случаях, мочевого пузыря в 2 (0.8%) случаях и передняя брюшная стенка в сочетании с толстой кишкой была поражена в 1 (0.4%) наблюдении. Инфильтративный эндометриоз толстой и тонкой кишки, потребовавший двухуровневой резекции имел место в 2 (0.8%) случаях. Подавляющее большинство операций (97.2%) выполнено лапароскопическим доступом, в 7 (2.8%) случаях потребовалась лапаротомия и конверсия (1.6%) ввиду выраженного рубцово-спаечного процесса. У 2 пациенток возникли осложнения после резекции толстой кишки в виде несостоятельности анастомоза, потребовавшие релапоротомию и наложение протективной колостомы. 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, объем вмешательства должен соответствовать патологическим изменениям.

365. Опыт лечения острого гангренозного аппендицита

Петрова К.В. (1), Алексеев А.М. (1), Баранов А.И. (1), Мугатасимов И.Г. (2)

Новокузнецк

1) ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, 2) МБЛПУ ГКБ №1

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Актуальность: Острый аппендицит является наиболее частой хирургической патологией (Гринберг А.А., 1998). Показатели послеоперационных осложнений традиционной операции при осложнённом аппендиците достигают 30%, а летальность -1% (Кукош М.В., 2006). Цель исследования: оценить качество лечения больных с острым гангренозным аппендицитом оперированных на базе МБАПУ «ГКБ №1» города Новокузнецка с 2010 по 2013 гг. Материалы и методы: Наш клинический опыт составили 210 больных с острым гангренозным аппендицитом, оперированных в одной из крупных клиник города Новокузнецка - МБАПУ «Городская клиническая больница № 1» в период с 2010 по 2013 гг. В спектре всех операций по поводу острого аппендицита доля гангренозной формы составила - 25,0%. Среди них женщин было 98 (46,7%), мужчин — 112 (53,3%). Возраст больных составлял от 18 до 81 года. Средний возраст $45,9 \pm 16,2$ года. При остром гангренозном аппендиците выполнялись четыре вида доступа: классический лапароскопический, единый лапароскопический, Волковича-Дьяконова, ниже-срединная лапаротомия. В МБАПУ «ГКБ №1» города Новокузнецка с 2007 года при лечении больных с острым аппендицитом, применяется тактика с приоритетным использованием лапароскопического доступа. Всем больным с подозрением либо с установленным диагнозом острого аппендицита при отсутствии противопоказаний выполнялась диагностическая лапароскопия. При подтверждении диагноза острого аппендицита выполняли один из выше перечисленных четырех доступов. Всем больным в обязательном порядке проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика. В 100% случаев пациентов с гангренозной формой острого аппендицита назначалась антибактериальная терапия. С целью профилактики ИОХВ разработан и внедрен «Способ профилактики гнойных осложнений при остром деструктивном аппендиците». Патент № 2368330. Способ осуществляется следующим образом. При выполнении аппендэктомии традиционным или лапароскопическим способом, после подтверждения диагноза острого деструктивного аппендицита проводят дренирование правой подвздошной ямки или тампонаду и дренирование правой подвздошной ямки. Далее медиально на 2.0 см от передней верхней ости правой подвздошной кости производят вкол иглы перпендикулярно кожным покровам, иглу вводят вглубь, прокалывая апоневроз и мышцы косых мышц живота, вводят иглу в правую подвздошную ямку, контролируя положения иглы визуально. По просвету иглы вводят проводник и устанавливают полиэтиленовый катетер. В 1, 3, 5 сутки послеоперационного периода вводят ронколейкин, инкубированный в течение 60 мин при температуре 37°C с полученной плазмаферезом лейкоцезвесью пациента, в количестве 70-80 мл. Результаты: При анализе операционных доступов при остром гангренозном аппендиците чаще всего применялся классический лапароскопический - 103 (49,1%). Доступ Волковича-Дьяконова выполнен у 65 больных (31,0%), ниже-срединная лапаротомия произведена у 31 пациента (14,8%) и в 11 (5,2%) случаях выполнена аппендэктомия из единого лапароскопического доступа. Среднее время операции составило $76 \pm 28,7$ минут. Средний койко-день $11 \pm 8,5$ дней. Чаще всего во время аппендэктомии выявлялся рыхлый аппендикулярный инфильтрат 48 (22,9%). Переаппендикулярный абсцесс выявлен в 31 (14,8%) случае. Диффузный и распространенный гнойный перитонит диагностирован в 44 (21,0%) случаев. Локорегиональная

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

цитокинотерапия проведена 90 (42,9%) больным. При этом послеоперационных гнойных осложнений в этой группе больных со стороны брюшной полости не было, со стороны операционной раны выявлено 5 (5,6%). Общее количество осложнений после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита за 4 года составило 20 (9,5%). Летальных исходов не было. Выводы: 1. При остром гангренозном аппендиците возможно выполнение лапароскопической аппендэктомии в 54,3% случаев. 2. При приоритетном использовании лапароскопического доступа и локорегиональной цитокинотерапии доля послеоперационных осложнений составляет 9,5%.

366. Результаты использования холецистэктомии из минидоступа при остром холецистите

Алексеев А.М. (1), Пугачев Г.А. (1), Баранов А.И. (1), Леонтьев А.С. (2), Фаев А.А. (2).

Новокузнецк

1) ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, 2) МБЛПУ ГКБ №29

Актуальность: За последние 20 лет отмечен рост заболеваемости острым калькулезным холециститом. В настоящее время в абдоминальной хирургии острый холецистит и его осложнения занимают второе место после острого аппендицита, а послеоперационная летальность составляет 0,1-15%, возрастая в группе лиц пожилого и старческого возраста до 26%. Цель исследования: оценить качество лечения больных с острым холециститом оперированных из минидоступа на базе МБЛПУ «ГКБ №1» города Новокузнецка с 2007 по 2013 гг. Материалы и методы: Наш клинический опыт составили 314 больных с острым холециститом, оперированных из минидоступа в одной из крупных клиник города Новокузнецка - МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» в период с 2007 по 2013 гг. В спектре всех операций по поводу острого холецистита доля холецистэктомий из минидоступа составила – 39,3%. Среди них женщин было 223 (71%), мужчин — 91 (29%). Возраст больных составлял от 24 до 93 лет. Средний возраст: 65,4±18,2 года. Холецистэктомию из минидоступа выполнялась по методике предложенной профессором М.И. Прудковым в 1993 году. Использовался стандартный набор инструментов с кольцевым ранорасширителем фирмы «Лига-7» (Екатеринбург). При лечении больных с острым холециститом, оперированных с 2007 по 2013 года, применялась тактика с приоритетным использованием малоинвазивных холецистэктомий. Выбор способа операции осуществлялся

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

на основании тяжести состояния больного с учётом сроков заболевания и классификации американской ассоциации анестезиологов – ASA. При наличии у пациента I-II класса (до 3-х суток заболевания) выставлялись показания к лапароскопической холецистэктомии. При III классе ASA либо при сроке от момента заболевания более 3-х суток выбирали холецистэктомию из минидоступа. При наличии у пациента IV класса по ASA, и наличии противопоказаний к малоинвазивным холецистэктомиям выполняли традиционную холецистэктомию. Результаты: При анализе морфологических форм воспаления желчного пузыря, по данным патологоанатомического исследования макропрепаратов, катаральная форма холецистита в основной группе встретилась у 59 (18,8%) пациентов, флегмонозная — у 171 (54,5%), гангренозная — у 84 (26,7%). Чаще всего во время холецистэктомии из минидоступа выявлялся околопузырный инфильтрат (24,2%). При этом осложнении переход на лапаротомию выполнен в 14 случаях. Общее количество конверсий составило 21 (6,7%). Среднее время операции составило 88,5±31,2 минут. При отсутствии осложнений 66,8 ±14,7 минут и при их наличии 109±22,7 минут. Послеоперационный койко-день в среднем составил 13,6±6,2 дней. Осложнения после холецистэктомии из минидоступа по поводу острого холецистита представлено составило 63 (20,1%). Количество летальных исходов пациентов оперированных из минидоступа составило 5 (1,6%). Выводы: 1. Холецистэктомии из минидоступа является альтернативой традиционной и лапароскопической холецистэктомии, особенно у больных пожилого и старческого возраста. 2. При использовании холецистэктомии из минидоступа у больных с острым холециститом доля послеоперационных осложнений составляет 20,1%, а летальность 1,6%.

367. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей

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

Москва

РНИМУ. ДГКБ №13

Наилучшие результаты хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) получены при выполнении антирефлюксной операции Ниссена. С 2001 по 2014 гг. в отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова выполнено 495 лапароскопических фундопликаций по Ниссену (ЛФН) у детей с ГЭР, средний возраст которых составил 3,5 г. Оценку результатов лечения проводили по следующим критериям:

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

интраоперационные осложнения; послеоперационные осложнения; рецидив заболевания. Результаты лечения оценены в сроки от 6 мес. до 5 лет. После ЛФН у всех детей получен положительный результат, что позволило достичь социальной адаптации ребенка в обществе. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность операции составила $58,3 \pm 25,2$ минут. В 32 % случаев ЛФН дополняли хиатопластикой. Причем в 24 случаях, при гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, выполняли иссечение грыжевого мешка и хиатопластику. В 3 случаях выполнены одномоментные сочетанные операции – торакоскопическое клипирование открытого артериального протока и ЛФН. Интраоперационные осложнения возникли у 10 (2%) детей (перфорация желудка – 2, ранение селезенки – 2, левосторонний пневмоторакс – 5, перфорация пищевода – 1). Послеоперационные осложнения развились у 8 (3%) детей (медиастинит – 1, дисфагия – 4, диарея – 3). Интраоперационные осложнения в 2 случаях потребовали перехода на открытую операцию. Рецидив заболевания отмечен у 43 (8,6 %) больных. Наиболее частой причиной рецидива явилось расхождение и растяжение манжеты – 77%, миграция в средостение и «феномен телескопа» составили 30%. У 6 пациентов было выявлено сочетание двух указанных выше механизмов рецидива. Во всех случаях рецидива заболевания выполнена повторная ЛФН. ЛФН является радикальным методом лечения ГЭР у детей, который позволил получить положительный результат после первичной операции в 91,4 % случаев. Это исследование демонстрирует возможность выполнения ЛФН у детей, независимо от возраста и массы тела; при сложных пороках желудочно-пищеводного перехода, таких как грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; при рецидиве заболевания и сочетанных пороках развития.

368.УЗИ передней стенки живота в диагностике паховых грыж и выборе методики оперативного лечения

Дегтярев О.А.(1), Шестаков А.М.(2), Лагеза А.Б.(1)

Ростов-на-Дону

1) Ростовский Государственный Медицинский Университет, Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) хирургическое отделение МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области

В исследовании изучена диагностическая и прогностическая ценность УЗ метода исследования тканей пахового региона для выбора оптимального метода герниопластики. Цель исследования - определить значение УЗИ паховой области в выборе метода оперативного лечения паховой грыжи.

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Материалы и методы: в период с февраля 2014 по декабрь 2014 в хирургическом отделении МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области выполнено 24 операции пациентам с паховыми грыжами. Из них 13 прооперировано открытым путем с постановкой полипропиленовой сетки по Лихтенштейну I (54,2%), 6 пациентам выполнена ТЕР герниопластика (25%) и 5 пациентам ТАРП (20,8%) . Использовались стандартные операционные техники. Операция Лихтенштейна в 7 случаях (29,1%) выполнена в условиях местной анестезии, в 3 (12,5%) в условиях СМА и 3 (12,5%) под ЭТН. Эндохирургические операции выполнены под ЭТН стандартными методами. ТЕР из трех портов - в параумбиликальной области, второй по средней линии на 5 см выше лобковой кости и третий в подвздошно-паховой области на уровне гребня подвздошной кости на стороне грыжевого дефекта. Создание первичной операционной полости в предбрюшинном пространстве в трех случаях выполнялось с помощью баллона-диссектора Extra View OMS-XB-2, фирмы Covidien, в трех - путем первичной диссекции эндоскопом. В преперитонеальном пространстве создавалось давление углекислого газа 12-14 мм рт.ст., использовался сетчатый протез "Эсфил-Линтекс" 15x10 см. Сетка укладывалась над грыжевым дефектом без фиксации. ТАРП операция выполнялась по стандартной методике - три стандартных порта, напряженный карбоксиперитонеум с давлением рСО₂ - 14 мм рт.ст. Сетка фиксировалась в 3 - 5 точках лишь по медиальному и верхнему краю сетчатого протеза спиральными скрепками аппарата Гера 5 мм (производство г. Томск). Выбор метода операции определялся типом паховой грыжи, который верифицировался на основании анамнестических данных (рецидивные грыжи), физикального обследования, дополненного УЗИ передней стенки живота в паховой области. На дооперационном этапе 18 (75%) больным было выполнено УЗ исследование пахового региона, оценен характер грыжевого выпячивания, проекция грыжевого дефекта относительно пахового канала, топография региональных сосудов. Нами использовался линейный датчик с частотой 7-10 МГц, режим сканирования - для исследования поверхностных тканей. Методика исследования следующая: выполнялось обнаружение внутреннего кольца пахового канала, для этого определяли нижние надчревные сосуды в качестве ориентира, либо (что удобнее у тучных пациентов) бедренные сосуды, место отхождения нижних надчревных сосудов находится на уровне внутреннего пахового кольца, затем визуализировалась паховая связка в виде гиперэхогенного тяжа, кзади от которого расположен паховый канал с его элементами. Оценка эхоструктуры его содержимого в покое и при натуживании (выполнение пробы Вальсальвы) имеет диагностическую значимость. При этом определяется пролабирование одной из стенок пахового канала, и в зависимости от участка пролабирования и характера силуэта выявленных изменений, мы оценивали тип грыжевого выпячивания. Таким образом была отобрана группа пациентов с прямыми паховыми грыжами, которым была выполнена ТЕР герниопластика, пациентам с косыми паховыми грыжами выполняли ТАРП или же операцию по Лихтенштейну I. Результаты: Такой подход позволил нам в большинстве случаев точно определить характер грыжевого выпячивания и, по-нашему мнению, подобрать оптимальный вариант хирургического лечения. Так 2 (8,3%) пациента с рецидивными паховыми грыжами, после герниопластики местными тканями,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

прооперированы открытым путем. 4 (16,7%) пациента с пахово-мошоночными грыжами также выполнены операции Лихтенштейна I. 4 (16,7%) мужчинам с прямыми паховыми грыжами выполнена ТЕР герниопластика, 2 (8,3%) женщины с косыми паховыми грыжами также прооперированы по ТЕР методике. Все ТАРР операции выполнены в случае косой паховой грыжи (20,8%), и одна из них - симультантная операция с ЛСХЭ (4,2%). Одна ТАРР операция (4,2%) изначально запланирована не была, переход на нее обусловлен возникшей необходимостью - во время создания первичной операционной полости в предбрюшинном пространстве при ТЕР операции была повреждена брюшина, герниопластика продолжена ТАРР методом. Продолжительность операций варьировала от 40 до 105 мин. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Продолжительность госпитализации после операции по Лихтенштейну I составило 5-10 дней, после ТАРР так же 5-10 дней, пациенты, перенесшие ТЕР были выписаны на 2-3 сутки после операции. Выводы: преимущества эндохирургической герниопластики, сегодня очевидны. Однако, для успешного выполнения таких операций, необходим определенный навык, уверенное ориентирование в анатомии задней стенки паховой области, непривычной для хирургов, знакомых с открытыми техниками. На этапах освоения той или иной методики, считаем важным проводить тщательный отбор пациентов и стараться выполнять технически простые вмешательства. УЗИ исследование паховой области позволяет получить ценную информацию о грыжевом дефекте и подобрать оптимальный вариант операции. Так, для прямых грыж мы выбирали ТЕР вариант, при этом диссекция грыжевого мешка из мышечного слоя технически проста и вполне выполнима лишь одним инструментом. Косые паховые грыжи проще, как нам кажется, оперировать из ТАРР доступа, внутрибрюшной подход позволяет зряче выполнить диссекцию грыжевого мешка, безопасно вывихнуть его в брюшную полость, не боясь повредить элементы семенного канатика и прилежащие структуры. Рецидивные грыжи и большие пахово-мошоночные мы оперировали открыто, сознательно, отказывались от попыток эндохирургической коррекции, поскольку эти случаи сопряжены с измененной анатомией, рубцовыми процессами в прилежащих тканях и технически сложной диссекцией грыжевого мешка.

369. ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ, ПЛИКАЦИЯ И ЛИФТИНГ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОЯ И СОЧЕТАННЫХ С НИМ ПАТОЛОГИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Белоцкая Л.В. (1), Чистохин С.Ю. (2)

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Чита

1) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2) ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. В последнее время всё большую популярность среди врачей и пациентов завоевывает операция DNHAL-RAR как патогенетически обоснованная и малотравматичная технология. Цель исследования - оценить роль и место Допплер-контролируемой дезартеризации, пликации и лифтинга геморроидальных узлов в лечении больных геморроем в сочетании с другими аноректальными патологиями. Материал и методы. В течение 2013-2014 годов в ДКБ ст. Чита-2 оперировано 172 больных с разными стадиями геморроя. Из них 105 пациентам выполнена операция DNHAL-RAR на отечественном оборудовании "Ангиодин-Прокто" (I группа) и 67 - открытая геморроидэктомия (II 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 (22%) больных дезартеризация, пликация и лифтинг 2-3 узлов дополняли удалением 1 крупного узла с выраженным фиброзом и (или) изъязвлением. В этой же группе операцию DNHAL-RAR комбинировали с иссечением трещин и дозированной сфинктеротомией у 26 (24,8%) пациентов, с полипэктомией у 24 (23%), с леваторопластикой по поводу ректоцеле у 4 (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 DNHAL-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 (0,95%), у остальных констатированы хорошие и удовлетворительные результаты. Во II группе из 67 больных с геморроем IV стадии классическая геморроидэктомия 3 узлов у 12 (18%) дополнена дезартеризацией, пликацией и лифтингом еще 1-2 узлов средних размеров, обычно, на 1 и 5 часа; иссечением трещин у 5 (7,5%); полипэктомией у 13 (19,4%). В этой группе симультанных санаций разных патологий - 25% ($p=0,007$), всего комбинированных операций - 43% ($p=0,009$). Послеоперационные боли продолжались дольше, до 4-5 суток. Из ранних осложнений - вторичное заживление ран у 5 (7,5%) и подкожно-подслизистый парапроктит у 1 (1,5%). 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.

370. Некоторые технические аспекты профилактики послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической аппендэктомии лигатурным способом.

Дарвин В.В., Лысак М.М., Легкий П.В.

Сургут

Сургутский государственный университет Сургутская окружная клиническая больница

Цель исследования: улучшение ближайших результатов лапароскопического лечения неосложненных форм острого аппендицита. В 2014 году в хирургическом отделении окружной клинической больницы г. Сургута по поводу острого аппендицита подверглись хирургическому лечению 232 больных. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) лигатурным способом выполнена у 177 (76,3%) В нашей клинике в зависимости от расположения портов ЛАЭ выполняется в двух вариантах, отличающихся расположением третьего порта. Расположение данного порта в левой подвздошной области выполнено у 158 больных (89,3%), в правой подвздошной или правой боковой области у 19 (10,7%). 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. Перед наложением лигатуры на основание отростка, предполагаемую линию пересечения обрабатывали аппаратом Liga-Sure, добиваясь термической эрадикации бактериального компонента в зоне культи. 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 порта (по нашим данным 58,2% случаев), 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

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

75,7%. таких случаев (78 больных). Если после осуществления данного приема диаметр отростка по прежнему превосходил диаметр троакара, то осуществляли замену на троакар большего диаметра (12 мм). Таким способом удалось извлечь отросток еще у 23 больных (22,3%). Только у двух 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. Троакарные раны 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 % (1 случай). Интраабдоминальные осложнения после ЛАЭ имели место у 2 (1,1%) больных. В обоих случаях наблюдали инфильтрат брюшной полости, который удалось разрешить консервативно. Релапароскопий и релапаротомий при лигатурном варианте аппендэктомии в 2014 году не было. Летальных исходов также не было. Строгое соблюдение тактических правил на этапах принятия решения и определения показаний к лапароскопической аппендэктомии в лигатурном варианте, а также выполнение несложных технических приемов операции позволяет улучшить непосредственные результаты, минимизировав риски развития послеоперационных осложнений.

371. Опыт лапароскопического лечения осложненных деструктивных форм острого аппендицита

Дегтярев О.А.(1), Лагеза А.Б.(1), Бондаренко В.А.(2), Турбин М.В.(2)

Ростов-на-Дону

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону, хирургическое отделение

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 по заднеподмышечной 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 разрешенна лапароскопически). Экстраабдоминальных осложнений не отмечено. 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

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

адекватная ревизия, санация и дренирование брюшной полости с декомпрессией желудочно-кишечного тракта. ЛСАЭ при лечении осложненного ДОА является выполнимым и относительно безопасным вмешательством.

372. ПЕРВЫЙ ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ГИСО МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТУННЕЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Быстровская Е.В., Казакова С.С., Курушкина Н.А., Ротин Д.А.

Москва

ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗМ

Введение Удаление ГИСО желудка малых размеров с низким злокачественным потенциалом без повреждения капсулы не требуют проведения лимфодиссекции. Это послужило основой развития методов эндоскопического удаления опухолей. Клиническое наблюдение У пациентки 57 лет выявлено подслизистое новообразование диаметром до 2см в области тела желудка по малой кривизне. По данным ЭУС новообразование исходило из 4 слоя стенки желудка. Учитывая анамнез, небольшой размер опухоли и ЭУС-картину ГИСО, принято решение выполнить эндоскопическое удаление новообразования по методике туннельной резекции. Операция выполнялась в условиях общей анестезии на ИВЛ. На 4-5см проксимальнее новообразования с использованием ножа HybridKnife (ERBE) выполнена инъекция физиологического раствора в подслизистый слой. Произведен разрез слизистой протяженностью около 1,5см. Сформирован подслизистый туннель. Опухоль отделена от внутреннего слоя слизистой оболочки и практически полностью без повреждения капсулы выделена из мышечного слоя стенки желудка. Окончательное удаление с использованием эндоскопической петли. При осмотре области резекции выявлено перфоративное отверстие в диаметре до 3мм, закрыто эндоскопическими клипсами (2шт). Дефект слизистой последовательно закрыт с использованием 12 эндоскопических клипс. При контроле кровотечения нет. Признаков карбоксиперитонеума нет. Послеоперационный период протекал гладко. На 2 день послеоперационного периода при контрольном рентгенологическом исследовании признаков перфорации стенки желудка не выявлено; разрешено питье и дробное пероральное питание протертой пищей. Пациентка выписана на 4 день послеоперационного периода. Резецированный препарат представлял собой округлую опухоль в

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

неповрежденной капсуле размерами 20 мм. Гистологическое исследование показало наличие веретенновидноклеточной опухоли с участками дегенерации; ИГХ исследование подтвердило диагноз гастроинтестинальной стромальной опухоли с Ki<5%. При контрольной ЭГДС через 2 и 6 месяцев признаков рецидива нет. Остаточные клипсы в области оперативного доступа. Вывод Наш первый опыт показал возможность выполнения эндоскопического удаления подслизистых новообразований, исходящих из глубоких мышечных слоев стенки желудка, методом туннелирования в подслизистом слое. >

373. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ HYBRID APC В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

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

Москва

ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗМ

Hybrid APC представляет собой методику АПК с меньшим риском развития осложнений. Целью нашей работы являлось изучить ближайшие результаты лечения больных пищеводом Барретта, оценить эффективность метода и безопасность его применения. С мая по сентябрь 2014 г. накоплен опыт лечения 15 больных ПБ, в том числе с распространенными формами пищевода Баррета у 11 пациентов. Протяженность циркулярного сегмента ПБ составила от 3 до 5 см, максимального сегмента до 7 см. Операция проводилась под общим обезболиванием без ИВА. Во всех наблюдениях деструкция эпителия выполнена в один этап по всей площади поражения. После элевации слизистой водоструйным диссектором проводилась первичная деструкция эпителия в пульсовом режиме АПК при потоке газа 1 л/мин и мощностью коагуляции 60 Вт. После очищения проводилась дополнительная обработка резидуальных участков метаплазированного эпителия слизистой аналогичным режимом АПК мощностью 40 Вт. Полнота деструкции оценивалась визуально при осмотре в белом свете и узкоспектральном режиме после окончательного очищения стенок пищевода от коагулированных тканей мягким силиконовым колпачком. Продолжительность вмешательства в среднем составила 34 минуты (15-60 минут). Интраоперационных осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде у 4 больных в течение суток отмечалось чувство легкого жжения в эпигастральной области и за грудиной при глотании. Медикаментозная терапия включала ингибиторы протонной

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

помпы в дозе 40 мг/сутки в течение 2 месяцев и обволакивающие препараты в течение двух недель. Контрольное обследование проводилось через два месяца после операции. С учетом малых сроков наблюдения обследовано 9 больных. Никто не предъявлял жалоб на изжогу и дисфагию. При ЭГДС признаков сужения просвета не выявлено ни в одном наблюдении, отмечались признаки равномерной реэпителизации неосквamousным эпителием. У двух больных отмечены резидуальные изменения и наличие метаплазированного эпителия чуть проксимальнее зоны пищеводно-желудочного перехода менее 1 см. Им запланирован повторный сеанс АПК. Новая методика аргоноплазменной коагуляции – Hybrid APC является безопасным и эффективным методом эндоскопического лечения ПБ без дисплазии и дисплазии низкой степени.

374. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ АДЕНОМ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ

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

Москва

ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗМ

Введение. Рецидивные аденомы (РА) требуют проведения эндоскопического удаления методом диссекции в подслизистом слое. Трудности эндоскопического удаления обусловлены наличием фиброза и повышенного кровоснабжения. Цель исследования изучить возможности удаления РА методом диссекции в подслизистом слое с использованием комбинированного ножа Hybrid-knife. Материал и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 7 пациентов, которым за период времени 09.2013г. по 11.2014г. выполнено удаление РА. Показанием к операции являлся быстрый рост РА, превышение размеров более 2 см, повышенная кровоточивость с признаками хронической анемии, дисплазия. Все пациенты - ♀ от 46 до 73 лет. Первичный рецидив образования был у 4, второй – у 2. Одна пациентка мела 6 рецидивов новообразования. Локализация новообразований – большая кривизна с переходом на привратник (2), антральный отдел (2), тело (2) и дно желудка (1). В одном наблюдении применена стандартная техника с использованием инъектора и ножей hook-knife и IT-knife. В остальных наблюдениях использовался Hybrid-knife. Отступ от края образования 1-2 мм. После создания подушки в подслизистом слое проводилось рассечение слизистой по периметру опухоли и диссекция в подслизистом слое с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

позападной дополнительной подачей физиологического раствора. Сосуды коагулировались при помощи ножа и коаграспером. При необходимости осуществлялась коагуляция видимых сосудов в пострезекционной язве как профилактика кровотечения в послеоперационном периоде. В трех наблюдениях окончательное удаление новообразования проведено с петлевой ассистенцией. Результаты и обсуждение. Среднее время операции - 115 минут (45-195). Интраоперационное до 100 мл отмечалось в двух наблюдениях, остановлено в процессе выполнения вмешательства методами электрокоагуляции. Перфорации не было. Средние размеры дефекта слизистой составили 3,6 (от 2 до 5) см. В послеоперационном периоде больные получали 80 мг эзомепразола в/в болюсно, в последующим в/в капельно 180-200 мг/сутки. Second look проводился на вторые сутки после операции. В одном наблюдении выявлено кровотечение, проводился эндогемостаз. Удаление РА Резекция методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое является оптимальным методом лечения.

375.Эндоскопическая папилэктомия. Первые шаги.

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Быстровская Е.В., Курушкина Н.А., Ротин Д.А., Казакова С.С.

Москва

ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗМ

Введение. На современном этапе эндоскопическое удаление аденом большого дуоденального сосочка (БДС) является альтернативой трансдуоденальной папилэктомии. Несмотря на три десятилетия изучения возможностей эндоскопической папилэктомии (ПЭ), показания к ее проведению полностью не сформулированы. Цель: оценить показания, эффективность и безопасность эндоскопической папилэктомии. Материал и методы. В период с июля по декабрь 2014 выполнено пять эндоскопических ПЭ по поводу аденом БДС. ♀ – 3, ♂ - 2 в возрасте от 26 лет до 69. Предоперационное обследование включало дуоденоскопию с биопсией и ЭУС. Минимальный размер новообразований составил 1см, максимальный – 4 см. Исключено злокачественное поражение, распространение аденомы на холедох, мышечную стенку двенадцатиперстной кишки и ткань головки поджелудочной железы. ЭП выполнялась с помощью стандартного дуоденоскопа с использованием эндоскопических петель различного диаметра. В трех из пяти представленных наблюдений, в виду отсутствия подвижности и

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

распространения новообразований за пределы БДС, был использован лифтинг аденомы путем инъекции в подслизистый слой физиологического раствора. Далее с помощью петли выполнялась резекция новообразования – в 4 наблюдениях «enbloc», в одном наблюдении – «piecemeal». Резекционный этап во всех наблюдениях завершали холангиопанкреатографией, сфинктеротомией устьев протока поджелудочной железы и общего желчного протока. В четырех наблюдениях было выполнено стентирование протока поджелудочной железы и во всех – стентирование общего желчного протока. Продолжительность вмешательства от 40 до 120 мин. Результаты. У двух пациентов на 1-е сутки после оперативного лечения развилось кровотечение из области резекции, остановленное эндоскопически. Также в одном наблюдении с развившимся кровотечением наблюдалась клиническая картина послеоперационного панкреатита (повышение амилазы до 5 норм), купированного консервативно. Гистологически все удаленные новообразования были аденомами с легкой и средней степенями дисплазий. Все пациенты находятся под динамическим наблюдением, признаков местного рецидива не выявлено. Выводы. ЭП является безопасной и эффективной альтернативой удаления аденом БДС при соблюдении показаний к выбору пациентов и техники выполнения вмешательства.

376.Резекция мезентерико-портального сегмента при выполнении вмешательств на поджелудочной железе полностью лапароскопическим доступом

Хатьков И.Е., Израилов Р.Е., Тютюнник П.С., Хисамов А.А.

Москва

Московский клинический научный центр

Цель: представить непосредственные результаты выполнения лапароскопических вмешательств на поджелудочной железе с резекцией мезентерико-портального сегмента. Материалы и методы: С сентября 2007г. по декабрь 2014г. в клинике 103 пациентам выполнены резекционные вмешательства на поджелудочной железе полностью лапароскопическим способом, из них 3 выполнена краевая резекция конfluence верхней брыжеечной-воротной вены (ВБВ/ВВ) по поводу протоковой аденокарциномы ПЖ с инвазией в ВБВ/ВВ, одному – циркулярная резекция ВБВ/ВВ с сосудистым анастомозом «конец в конец» по поводу рецидива колоректального рака в области головки

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поджелудочной железы с инвазией в ВБВ/ВВ, и еще одному – циркулярная резекция ВБВ/ВВ с реконструкцией сосудистым протезом по поводу озлокачествленной внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухоли. Результаты: R0-статус резекции был достигнут у всех пациентов. Тромбоз ВБВ/ВВ не было отмечено ни у одного больного, как и нарушений функций печени. Послеоперационные осложнения развились у двух пациентов, которым была выполнена циркулярная резекция ВБВ/ВВ. У первой пациентки наступила остановка сердечной деятельности на фоне сопутствующей кардиальной патологии. У второй пациентки, которой выполнялась реконструкция сосудистым протезом, на 2-е сутки после первой операции была диагностирована несостоятельность швов билиодигестивного анастомоза, по поводу чего больная была повторно оперирована – выполнена релапароскопия, ушивание дефекта билиодигестивного анастомоза. Пациентка была выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии. Заключение: Приведенный собственный опыт демонстрирует, что проведение тангенциальной резекции конфлюенса ВБВ/ВВ при ЛПДР представляется выполнимым и безопасным для пациентов. Однако, одна пациентка, которой выполнялась циркулярная резекция ВБВ, скончалась в послеоперационном периоде по причинам, непосредственно не связанным с выполнением соамой операции. В то же время, успешно выполненная циркулярная резекция с реконструкцией сосудистым протезом говорит о том, что даже при протяженной инвазии (более 3,5 см) возможно выполнить сосудистый этап полностью лапароскопически. Стоит также отметить, что осложнений, связанных непосредственно с выполнением сосудистого этапа операции, отмечено не было.

377.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВИРСУНГОВОГО ПРОТОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Халидов О.Х.(1), Акопян В.С.(1), Карцев А.Г.(3)

Москва

МГМСУ, ГКБ №81

Острый панкреатит (ОП) составляет в среднем 3-10% случаев среди неотложных заболеваний органов брюшной полости. Объективный прогноз предполагает постепенное увеличение числа таких больных в течение ближайших пяти лет. Наиболее проблемным в неотложной панкреатологии является хирургическое лечение больных с панкреонекрозом. Цель исследования: изучение эффективности эндопротезирования вирсунгового

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

протока при лечении больных с острым панкреатитом. Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 16 больных с картиной деструктивного панкреатита. Возраст больных колебался от 24 до 70 лет. Основная группа больных состояла из 7 человек, которым в ходе лечения проводилось эндопротезирование главного панкреатического протока, а 9 больных составили группу сравнения, в комплексе проводимого лечения не получивших методику стентирования вирсунгового протока. Показанием для проведения эндопротезирования главного панкреатического протока являлся наличие у больных острого деструктивного панкреатита билиарной этиологии. Противопоказанием к исследованию явились крайне тяжелое состояние больных с явлениями делирия, отсутствие стабильной гемодинамики и наличие острой печеночно-почечной недостаточности. Установку пластикового полипропиленового стента проводили в первые 24-48 часов под контролем дуоденоскопа. Диаметр стентов 5Fr, 7Fr, с длиной 3-5см. В 3 случаях при остром билиарном панкреатите наряду с декомпрессией главного панкреатического протока выполнялась ревизия холедоха, с литоэкстракцией и папиллотомией. Результаты лечения. Оценку результатов лечения проводили по данным клиники, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерной томографии (КТ), клинико-биохимических анализов до и после лечения больных и в динамике. Основными клиническими симптомами указывающими положительную динамику течения болезни являлись купирование болевого синдрома и пареза кишечника, снижение температуры и интоксикации. На 6 сутки, после стентирования среди пациентов основной группы отмечена положительная динамика в виде уменьшения интоксикации, восстановления функции желудочно-кишечного тракта, а при УЗИ и КТ брюшной полости уменьшение отека поджелудочной железы и окружающей клетчатки. При клинико-биохимическом мониторинге отмечали нормализацию глюкозы крови, снижение уровня амилазы крови, мочевины и креатинина, билирубина и общего белка, а в группе сравнения до 14 суток сохранялись явления интоксикации, пареза кишечника, отек поджелудочной железы и изменения в клинико-биохимических анализах крови. Стент обычно удаляли на 5-7 сутки. Умерли 4 пациента - из них, в первой группе один пациент от желудочно-кишечного кровотечения и 3 в контрольной группе от нарастания полиорганной недостаточности. Выводы. Ранняя декомпрессия вирсунгового протока путем его стентирования в перспективе может улучшить показатели лечения острого деструктивного панкреатита билиарной этиологии. Методика стентирования требует дальнейшего изучения для его более широкого внедрения в клиническую практику

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

378.Использование малоинвазивных технологий при деструктивных и осложненных формах острого аппендицита в лечебно-диагностическом алгоритме.

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

Санкт-Петербург

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

Цель исследования – уточнить место малоинвазивных способов диагностики и лечения при деструктивных и осложненных формах острого аппендицита (ОА). К малоинвазивным технологиям, применяемым при диагностике и лечении деструктивного и осложненного аппендицита, относятся лапароскопические (диагностическая лапароскопия, лапароскопическая аппендэктомия) и диапневтические способы (пункция и дренирование периаппендикулярного абсцесса под контролем ультразвука). Представлен анализ результатов обследования и лечения 626 больных с деструктивными (451 больных) и осложненными (175 больных) формами острого аппендицита в период с 2008 г. по 2013 г., которым применялись малоинвазивные технологии. Из них диагностическая лапароскопия выполнялась 124 больным с неясной клинической картиной при сохранении и усилении жалоб, наличии сомнительных аппендикулярных и перитонеальных симптомов, отсутствии нарастания лейкоцитоза в «динамике», необходимости проведения дифференцированной диагностики с другими заболеваниями брюшной полости и малого таза (у женщин). Задачами диагностической лапароскопии являлось выявление и оценка воспалительно-деструктивных изменений червеобразного отростка, определение распространенности перитонита, характера экссудата в брюшной полости, анатомических особенностей зоны операции и положения червеобразного отростка. Решение этих вопросов позволило определить основную цель диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит – возможность и целесообразность выполнения лапароскопической аппендэктомии. В ходе диагностической лапароскопии деструктивные формы были выявлены у 88 из 124 больных, осложненные формы у 36 больных. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 115 из 124 больных. У 7 больных с осложненными формами острого аппендицита при диагностической лапароскопии были диагностированы распространенный фибринозно-гнойный перитонит и перфорация основания червеобразного отростка. Им выполнялась традиционная «открытая» аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости. У 2 больных на этапе диагностической лапароскопии был выявлен плотный аппендикулярный инфильтрат. Им выполнялась консервативная терапия с положительным эффектом. Всего лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 619 больным из 626 пациентов. Из 619 лапароскопических аппендэктомий конверсия доступа с переходом на «открытую» аппендэктомию выполнена у 49 больных и была связана с техническими трудностями при мобилизации червеобразного отростка с короткой брыжейкой (3 больных), выделении отростка из сращений и спаек (13 больных), рыхлого аппендикулярного

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

инфильтрата (18 больных), при забрюшинном и ретроцекальном расположении червеобразного отростка (11 больных), а также при отрыве червеобразного отростка (3 больных) и повреждении других органов (1 больной). Стоит отметить, что большая часть конверсий (n=28) была обусловлена анатомическими особенностями зоны операции. Другая часть конверсий (n=21) объясняется техническими сложностями при выделении отростка из рыхлого инфильтрата, в 3-х случаях приведших к его отрыву. 7 пациентам из 626 больных эндовидеохирургические способы диагностики и лечения не применялись. Использование УЗИ живота при поступлении позволило диагностировать у них периаппендикулярный абсцесс. Пациентам этой группы выполнялись пункции и дренирование периаппендикулярного абсцесса под контролем ультразвука. Таким образом, комплексное применение современных малоинвазивных технологий в лечебно-диагностическом алгоритме позволяет уточнить диагноз в при неясной клинической картине острого аппендицита, а также снизить количество «открытых» операций при осложненных формах острого аппендицита.

379. Диагностика и лечебная тактика при аппендикулярном инфильтрате

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

Санкт-Петербург

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

Аппендикулярный инфильтрат занимает второе место после перитонита среди дооперационных осложнений острого аппендицита. Такая частота обусловлена не только поздним обращением пациентов за медицинской помощью и врачебными ошибками, но и тем, что морфологическим субстратом его развития, как правило, является самая частая форма деструктивного аппендицита – флегмонозная. Высокие уровни встречаемости и летальности, а также сложность диагностики, определяют актуальность темы. Целью нашего исследования является уточнение этапов лечебно-диагностического алгоритма у больных с аппендикулярным инфильтратом и определение специфических клинико-морфологических и лабораторно-инструментальных критериев его видов. Были изучены и проанализированы результаты обследования и лечения 74 больных острым аппендицитом, осложнившимся развитием аппендикулярного инфильтрата, с делением его на рыхлый (n=52) и плотный (n=22). Проводилась оценка данных клинического и лабораторно-

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

инструментального обследования. Анализ клинического этапа диагностики, включающего в себя сбор жалоб, данные истории заболевания и объективного осмотра, позволил нам выделить критерии, совокупность которых увеличивает возможность диагностики аппендикулярного инфильтрата. К ним относятся: длительность заболевания более 48 часов; уменьшение интенсивности и выраженности болевого синдрома в правой подвздошной области, его окончательная локализация по сравнению с началом заболевания; уменьшение проявления эндогенной интоксикации, проявляющейся в снижении температуры тела на 0,3-0,40 С по сравнению с началом заболевания, исчезновение сухости во рту; определение при пальпации в правой подвздошной области инфильтрата разной степени плотности и болезненности. Лабораторно-инструментальное обследование, включающего в себя определение клинического анализа крови, и особенно, УЗИ живота, в том числе в «динамике», так как именно этому способу неинвазивной диагностики принадлежит решающее значение, позволило нам окончательно диагностировать аппендикулярный инфильтрат с определением его вида – рыхлого или плотного. Для рыхлого аппендикулярного инфильтрата нами были выделены следующие лабораторно-инструментальные критерии: уровень лейкоцитоза в среднем был меньшим, чем при неосложненном аппендиците и составил $12,2-14,7 \times 10^9/\text{л.}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением палочкоядерных нейтрофилов в среднем до 8%, уровень СОЭ на 2-4 мм/час ниже, чем при неосложненном аппендиците; неоднородный гипохогенный инфильтрат с нечеткими краями и наличием включений жидкостных полосок в правой подвздошной области по данным УЗИ. Для плотного аппендикулярного инфильтрата были определены следующие критерии: уровень лейкоцитоза в среднем составил $10,5-12,9 \times 10^9/\text{л.}$, без сдвига лейкоцитарной формулы влево, уровень СОЭ на 4-6 мм/час ниже, чем при неосложненном аппендиците; однородный экзогенный инфильтрат овальной формы с ровной и четкой капсулой по его периферии в правой подвздошной области по данным УЗИ. Обязательное выделение форм аппендикулярного инфильтрата является определяющим для дальнейшей лечебной тактики, которая носит однозначный характер для каждой из них. При рыхлом аппендикулярном инфильтрате показано оперативное лечение в объеме аппендэктомии, в том числе лапароскопической. При плотном аппендикулярном инфильтрате показана консервативная терапия с обязательным динамическим ультразвуковым контролем его размеров. Такая лечебная тактика привела к купированию воспалительных изменений у 16 больных из 22. Через 4-6 месяцев им выполнялась плановая лапароскопическая аппендэктомия. У 6 больных консервативная терапия была безуспешной. Клиническая картина соответствовала признакам абсцедирования, что было подтверждено с помощью УЗИ живота. Всем им выполнялись диапевтические способы лечения (пункция и дренирование абсцесса под ультразвуковым контролем) с дальнейшей интервальной лапароскопической аппендэктомией в плановом порядке через 4-5 месяцев. Лечение рыхлого аппендикулярного инфильтрата старались проводить с помощью эндовидеохирургического способа – лапароскопической аппендэктомии. Она выполнена у 44 больных из 52 больных. 8 больным выполнялась традиционная «открытая» аппендэктомия вследствие выраженной спаечной болезни брюшины и общих противопоказаний к наложению пневмоперитонеума. Таким образом,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

анализ каждого этапа лечебно-диагностического алгоритма позволил нам определить клиничко-морфологические и лабораторно-инструментальные критерии рыхлого и плотного аппендикулярного инфильтрата, совокупное использование которых улучшает диагностику и лечение таких больных.

380.РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ДИСПАЗИИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

Акрамов Н.Р. (1,2), Байбиков Р.С. (2)

Казань

1) ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России 2) ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ»

В настоящее время продолжают поиски по усовершенствованию методов эндовидеохирургического лечения детей с нефункционирующими почками. При этом ретроперитонеальные подходы имеют преимущество в связи с отсутствием проблем спаечной болезни и других осложнений трансперитонеальных доступов. Впервые нефрэктомия с использованием «однопортовой хирургии» у ребенка с мультикистозной дисплазией почки выполнили Johnson K.C. et all. в 2009 г в университетской клинике Robert Wood Johnson, New Brunswick, USA. В условиях ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» г. Казань с января 2010 г по декабрь 2014 г. находились на лечении 16 детей с мультикистозной дисплазией почки. Пациенты были выявлены при проведении плановых профилактических осмотров с проведением ультразвуковой диагностики мочевыделительной системы, в том числе антенатально. После выполнения рентгеновской компьютерной томографии органов забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием определялись показания для выполнения нефрэктомии. Нефрэктомия по методике единого ретроперитонеоскопического доступа осуществляли под общим обезболиванием в положении лежа на боку, противоположном зоне хирургического интереса. Разрез кожи для установки SILS-port (Covidien, USA) длиной 2,5-3 см проводили по средней подмышечной линии между XI и XII ребром отступя 1-1,5 см от условной линии соединяющей ребра. Косые мышцы живота разводили вдоль по волокнам, вскрывали фасцию Gerota. Затем с помощью ранорасширителей Фарабефа в забрюшинное пространство устанавливали SILS-port, имеющий три рабочих троакара 5 мм и канюлю для подачи углекислого газа. Создавали давление в забрюшинном пространстве 10-12 мм рт.ст. В один из рабочих троакаров

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

устанавливали лапароскоп диаметром 5 мм 30°, два других троакара использовали для рабочих изгибаемых и прямых инструментов: диссектора-ротикюлятора, зажима-ротикюлятора, ножниц-ротикюляторов, эндоклипатора, ультразвуковых ножниц. Выделяли переднюю и заднюю поверхность почки и сосудистую ножку почки. Сосудистую ножку почки либо клипировали, либо пересекали ультразвуковыми ножницами, либо перевязывали экстракорпоральным узловым швом в зависимости от диаметра сосудов почечной ножки, мочеточник пересекали ультразвуковыми ножницами либо перевязывали экстракорпоральным узловым швом, почку удаляли вместе с портом. Продолжительность операций составила 40-120 минут. Интраоперационная кровопотеря отсутствовала (0-5 мл). В послеоперационном периоде использовались ненаркотические анальгетики в течение первых суток. Пациенты начинали самостоятельно передвигаться на вторые сутки, а выписка из стационара производилась на 5-7 сутки после операции. Таким образом, однопортовая ретроперитонеоскопическая нефрэктомия при мультикистозной почке у детей позволяет уменьшить инвазивность хирургического доступа, исключить внутрибрюшные интраоперационные и послеоперационные осложнения, а также обладает превосходным косметическим результатом.

381.Эндоскопический комбинированный PRGF-гемостаз язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Ярема И.В.(1), Сенченко И.С.(1), Конопля А.Г.(1), Акилин К.А.(2), Байбородин А.Б.(2)

Москва

1)Кафедра госпитальной хирургии л/ф ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова - зав. кафедрой член-корр. РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Ярема И.В.2) ГБУЗ ГКБ № 40 ДЗМ.

Актуальность. В современной хирургии тяжело представить лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии без эндоскопии. Согласно публикациям, лечебная эндоскопия позволяет осуществить временный гемостаз у подавляющего числа больных в 96-98% . Однако, летальность составляет порядка 10% и связана как с неудовлетворительным гемостазом при первичной гастроскопии, так и с наличием рецидивов кровотечения. В последние годы отмечается четкая тенденция к увеличению частоты этого осложнения язвенной болезни, что диктует необходимость поиска новых методик эндоскопического гемостаза. Кроме этого, собственно язвы желудка и 12-перстной кишки также не

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

всегда поддаются полному излечению при традиционном консервативном лечении. Что заставляет искать новые формы лечения данной патологии. Задачи исследования: сравнительная оценка эффективности лечения при комбинированном эндоскопическом PRGF-гемостазе с применением плазмы, обогащенной факторами роста (plasma rich in growth factors, PRGF). Вследствие утери контакта тромбоцита с эндотелием, происходит трансформация первого с выделением альфа-гранул, содержащих факторы роста. Последние ускоряют скорость регенерации тканей. Материалы и методы. Проведено сравнительное клиническое рандомизированное исследование, в ходе которого изучены результаты комбинированного эндоскопического PRGF-гемостаза язвенных гастродуоденальных кровотечений (основная группа). В группе сравнения пациентам выполнялся традиционный эндоскопический гемостаз, принятый в клинике (ретроспективный анализ историй болезни). Эффективность проведенного лечения оценивалась по следующим параметрам: достижение окончательного гемостаза, наличие рецидива кровотечения, скорость эпителизации язвенного дефекта, летальность, длительность стационарного лечения. Результаты. Среди пациентов группы сравнения окончательный гемостаз отмечен в 98% случаев, скорость эпителизации составила 0,328 мм\сут, рецидивов кровотечения не отмечено, 2% оперированы в экстренном порядке. В основной группе окончательный гемостаз удалось выполнить 100% больных, рецидивов кровотечения не отмечено, скорость эпителизации составила 0,52 мм\сут. Выводы. Полученные результаты демонстрируют эффективность эндоскопического комбинированного PRGF-гемостаза в лечении гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза. Рецидивы кровотечения не выявлены, также отмечены лучшие отдаленные результаты, снижение длительности стационарного лечения и летальности. С целью более детальной оценки эффективности указанного метода лечения перспективны дальнейшие исследования в данном направлении.

382. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Зорькин А.А. (1), Понамарев Н.И. (2), Тутолмин В.Р. (2), Майстренко Д.Н. (2), Амирагян Д.М. (1)

Сургут

1 - ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», 2-
БУ «Сургутская городская клиническая больница»

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Острый аппендицит остается наиболее распространенным острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. За последние годы хирургическая тактика и техника при этой патологии претерпела существенные изменения за счет активного внедрения в хирургическую практику лечебной видеолaparоскопии. В большинстве стационаров видеолaparоскопическая аппендэктомия стала «золотым стандартом» оперативной помощи при остром аппендиците. Выполнение инвазивных процедур и оперативных вмешательств неизбежно связано с риском развития послеоперационных осложнений. Осложнения воспалительного характера составляют большую часть всех послеоперационных инцидентов, на их долю приходится 75-95% всех осложнений послеоперационного периода. Их развитие при выполнении вмешательств по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости наиболее вероятно. Наиболее опасными среди них считаются инфекции области хирургического вмешательства органа (полости), имеющие риск интраабдоминального распространения и генерализации инфекции. Нами проанализирован опыт лечения 550 больных с острым деструктивным аппендицитом за период 2012-2014 гг, которым выполнена видеолaparоскопическая аппендэктомия. Длительность заболевания варьировала от 4 часов до 5 суток, в среднем составила 21 ± 15 часов. Среди оперированных гангренозные формы были у 138, в т.ч. перфоративные – у 46 больных. Аппендэктомия выполнялась под общей анестезией с миорелаксацией по 3-портовой методике. Брыжеечка аппендикса пересекалась после обработки биполярной коагуляцией. Культи аппендикса обрабатывалась лигатурным способом. Брюшная полость санировалась антисептиком при перфоративных аппендицитах, в остальных случаях ограничивались аспирацией экссудата. Дренирование брюшной полости выполнено у 380 пациентов. Введение антибактериальных препаратов начинали в режиме антибиотикопрофилактики преимущественно защищенными аминопеницилинами (86%), цефалоспорины 3 поколения с метронидазолом (14%) и продолжали не менее 4 суток всем больным с гангренозными и перфоративными формами острого аппендицита. Вопрос о пролонгировании антибиотикопрофилактики у больных с флегмонозным аппендицитом решался индивидуально. У 19 пациентов (3,45%) в раннем послеоперационном периоде диагностировано развитие интраабдоминального осложнения воспалительного генеза в виде абсцесса брюшной полости (9) и инфильтрата брюшной полости (10), 16 из них локализовались в правой подвздошной ямке, 3 – межпетельно в непосредственной близости от илеоцекального угла. Их возникновение было связано с формой острого аппендицита, но не ассоциировалось с видом примененного до операции антибиотика, выполнением санации брюшной полости или дренированием. Клинически у всех пациентов имели место боли в области осложнения с явлениями пареза кишечника различной степени выраженности, гипертермия до 38,5 град., резистентная к медикаментозной терапии, лейкоцитоз от 12 до 28 $\times 10^9$ /л. Информативность ультразвукового исследования составила 84%, в остальных случаях оно было недостаточно информативным. Учитывая комплекс клинико-параclinical факторов, в этом случае, как и в остальных, вопрос решался в пользу оперативного лечения, а не в пользу КТ органов брюшной полости. Всем пациентам с диагностированным абсцессом и инфильтратом брюшной полости, имеющим лейкоцитоз и

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гипертермию, в срок от 2 до 6 суток после аппендэктомии и не более 6 часов от диагностики осложнения, выполнена санационная релапароскопия «по требованию». Во время повторного вмешательства всем пациентам проведено разделение рыхлого инфильтрата с санацией и дренированием зоны осложнения. Ни в одном случае не была обнаружена несостоятельность культи аппендикса, обработанная по лигатурной методике. В послеоперационном периоде на 4-8 суток назанчалась комбинация цефалоспоринов 3-4 поколения с метронидазолом и аминогликозидом в терапевтических дозировках. Выполнения повторных санаций брюшной полости не потребовалось. Все больные выписаны с выздоровлением через 5-9 суток после повторного вмешательства. Таким образом, видеолaparоскопическая аппендэктомия является безопасным методом лечения различных форм острого аппендицита. Развитие интраабдоминальных осложнений после видеолaparоскопической аппендэктомии встречается редко, не доказана их связь с использованием лигатурной обработки культи аппендикса, санации и дренирования брюшной полости во время вмешательства, хотя это может быть связано с недостаточным количеством наблюдений. Оптимальной тактикой ведения при развитии интраабдоминального осложнения, даже не подтвержденного УЗИ и КТ, считаем выполнение срочной санационной релапароскопии «по требованию», которая радикально и успешно разрешает осложнение без существенного удлинения сроков госпитализации. В отдельных случаях целесообразно рассматривать целесообразность выполнения на 2-3 сутки послеоперационного периода санационной релапароскопии «по программе», хотя выбор подобной тактики требует дополнительного изучения.

383.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Зорькин А.А. (1), Майстренко Д.Н. (2), Понамарев Н.И. (2), Тутолмин В.Р. (2), Костанян К.К. (2), Ахмедов А.А. (2), Сафин С.Ф. (2), Амирагян Д.М. (1)

Сургут

1 - ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», 2- БУ «Сургутская городская клиническая больница»

При перфорациях гастродуоденальных язв в большинстве случаев отдается предпочтение органосохраняющим оперативным вмешательствам. Сроки госпитализации до 6 часов от момента перфорации у большинства пациентов делают маловероятным развитие у них распространенных форм

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

бактериального перитонита. Это позволяет активно использовать при выполнении оперативного вмешательства современные технологии лечебной видеоэндоскопии. За период 2012-2014 гг нами выполнено 16 видеоэндоскопических ушиваний перфораций гастродуоденальных язв. На начальном этапе освоения методики для операции отбирали астеничных молодых лиц без явного и косвенного язвенного анамнеза со сроком от момента перфорации не более 2 часов. В дальнейшем расширяли показания за счет возрастного параметра и длительности заболевания до 12 часов. 14 пациентам перед вмешательством выполнена ФГДС, во время которой исключено сочетание осложнений язвенной болезни и удалось верифицировать небольшие размеры перфоративного отверстия. У 4 больных имела место прикрытая перфорация язвы. Оперативное лечение выполнено в экстренном порядке под общей анестезией с миорелаксацией. Использована стандартная 3-х портовая методика введения троакаров. После ревизии брюшной полости экссудат аспирировался, в 4 случаях с отмыванием брюшной полости антисептиком (имел место распространенный серозно-фибринозный перитонит). Перфорация язвы желудка выявлена у 10 пациентов, язвы ДПК – у 6. Диаметр перфорации не превышал 3 мм. Перфоративное отверстие было ушито в 1 ряд у 15 пациентов, в 2 ряда – у 1 пациента. В 10 случаях нами использована техника ушивания с экстракорпоральным завязыванием шва, у 6 больных шов завязывали интракорпорально. В 8 случаях дополнительно к месту ушитой перфорации фиксировали прядь сальника. Дренирование брюшной полости после окончательной ее санации выполнено у 12 больных. В послеоперационном периоде проводилось введение антибактериальных препаратов группы защищенных аминопенициллинов, цефалоспоринов 1 поколения, цефалоспоринов 3 поколения, начатое в режиме антибиотикопрофилактики. Длительность введения препаратов не превышала 5 суток. Все пациенты получали антисекреторные препараты (блокаторы протонной помпы) в режиме степ-терапии, длительность парентерального этапа – 4 суток, включая день операции. Обезболивание осуществлялось ненаркотическими анальгетиками в первые 2 суток, затем в режиме «по требованию». Летальных исходов и развития интраабдоминальных осложнений не отмечено. Все больные выписаны на амбулаторное лечение у гастроэнтеролога. Длительность госпитализации варьировала от 4 до 10 суток, в среднем составила $6 \pm 2,6$ дня. Длительность нахождения в РАО не превышала 1 суток. Таким образом, выполнение видеоэндоскопического ушивания перфораций гастродуоденальных язв у пациентов без сочетания осложнений язвенной болезни, является эффективным и безопасным методом. Выполнение однорядного шва, в т.ч. без дополнительной фиксации сальника, не сопровождается развитием несостоятельности и иных осложнений. Дальнейшее расширение показаний для этой операции видим за счет групп больных пожилого и старческого возраста, при наличии распространенного бактериального перитонита (в сочетании с технологией программных видеоэндоскопических санаций брюшной полости). Кроме того, перспективным представляем использование сочетание внутрипросветной хирургии (система доставки клипс OTSC - OverTheScopeClipping) и видеолапароскопии, что позволит избегать шовных методов закрытия дефекта желудочной стенки и в целом снизить травматичность вмешательства.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

384. ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Зорькин А.А. (1), Петров А.В. (2), Понамарев Н.И. (2), Тутолмин В.Р. (2), Дружинин Ю.В. (2), Смирнов М.В. (2)

Сургут

1 - ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», 2-БУ «Сургутская городская клиническая больница»

Современные тенденции развития хирургии затрагивают не только минимизацию инвазивности вмешательств, существенное значение придается улучшению качества жизни и адаптации пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями, в том числе органов пищеварения. За период 2013-2014 гг выполнено стентирование 8 пациентам с патологией ЖКТ. Для восстановления проходимости различных его участков применялись саморасправляющиеся стенты BOSTON (США) и ELLA (Чехия). Стентирование выполнено 3 пациентам с опухолевыми и 1 пациенту с неопухолевым протяженными стенозами пищевода после частичной эндоскопической реканализации просвета или выполнения процедуры форсированного бужирования. Установка стентов онкологическим больным рассматривалась в качестве исключительно паллиативного вмешательства, которое позволит избежать или отсрочить им наложение гастростомы, при рубцовой стриктуре – как возможность улучшения соматического статуса перед радикальной операцией. 1 пациенту выполнено стентирование ДПК в связи с нарушением ее проходимости сдавлением извне опухолью гепатопанкреатодуоденальной зоны, также как исключительно паллиативная мера. 3 пациентам выполнено стентирование ректосигмоидного отдела толстой кишки. Все эти пациенты поступили в хирургическое отделение с явлениями субкомпенсированного опухолевого стеноза толстой кишки или признаками острой обтурационной толстокишечной непроходимости. После частичной эндоскопической реканализации толстой кишки выполнено ее стентирование с последующим разрешением явлений толстокишечной непроходимости. После дообследования и предоперационной подготовки им удалось выполнить радикальные или условно-радикальные оперативные вмешательства на толстой кишке с успешным наложением первичного толстокишечного анастомоза. Осложнений, связанных непосредственно с процедурой установки и длительным нахождением стента в просвете ЖКТ, мы не наблюдали. Таким образом, применение стентов ЖКТ, целесообразно как для улучшения качества жизни у инкурабельных больных, так и для

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

более качественного проведения предоперационной подготовки у пациентов, дает возможность выполнения одномоментных резецирующих вмешательств без наложения временных стом. Недостатком технологии является достаточно высокая стоимость устройств, что ограничивает область их применения.

385.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПРИ УКОРОЧЕНИИ ПИЩЕВОДА ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

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

Москва

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

АКТУАЛЬНОСТЬ исследования в совершенствовании тактики и технических аспектов лапароскопических антирефлюксных операций при укорочении пищевода. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2005-2014гг. лапароскопически оперировано 226 больных со скользящими грыжами пищевода. (М/Ж=104/122; средний возраст 54,5 лет). У 140 (61,9%) пациентов - кардиальные грыжи, у 86 (38,1%) - кардиофундальные. Вторичное укорочение пищевода было выявлено у 55 (24,3 %) больных (I степени - у 31 (14,3%); II степени - у 24 (10,1%)). Лапароскопические антирефлюксные операции выполнялись в 27 (11,9%) случаях после предшествовавших вмешательств на органах брюшной полости. В 11 (4,9%) случаях причиной релапароскопической операции послужили рецидивы грыжи пищевода или рефлюкс-эзофагита. В 164 (72,6%) случаях была выполнена задняя крурорафия, в 4 (1,8%) - передняя; в 8 (3,5%) - сочетание задней и передней крурорафии. В 19 (8,4%) случаях - задняя аллопластика пищевода. Отметим, что 31 (13,7%) больному при укорочении пищевода крурорафия не выполнялась. При укорочении пищевода 2 степени фундопликационная манжета не фиксировалась к диафрагме. Циркулярная фундопликация выполнена 200 (88,5%) больным (по Ниссену - 109, симметричная протяженная - 91); по Тупе - 8 (4,2%); по Дору - 4 (2,1%); неполная косая задне-боковая фундопликация - 14 (7,4%). В 27 (11,9%) случаях - симультанная холецистэктомия. РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальных исходов не было. Дисфагия после операции была выявлена только после фундопликацию по Ниссену - у 4,6% (5/109) больных. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

манжеты по Тоупе. В 9 (4,0 %) случаях рецидив рефлюкс-эзофагита стал причиной релапароскопии с повторным формированием циркулярной фундопликационной манжеты. У 4 (1,8%) больных, оперированных по поводу тотальных 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) – рецидива заболевания не отмечено. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лапароскопическая фундопликация – полноценный метод лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы при укорочении пищевода.

386. СТЕНТИРОВАНИЕ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ХОЛАНГИТЕ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Зорькин А.А. (1), Петров А.В. (2), Понамарев Н.И. (2), Тутолмин В.Р. (2), Дружинин Ю.В. (2), Смирнов М.В. (2), Курносикова Л.Е. (2).

Сургут

1 - ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», 2-БУ «Сургутская городская клиническая больница»

Адекватное дренирование билиарной системы при дистальном ее блоке является первостепенной задачей для лечения и профилактики СПОН и холангиогенного сепсиса. Наиболее тяжелой категорией пациентов являются больные с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, первичным склерозирующим холангитом и протяженными, в т.ч. ятрогенными стриктурами протоков, поскольку длительное течение заболевания сопровождается у них быстрым прогрессированием печеночной недостаточности и присоединением вторичной бактериальной инфекции. По литературным данным, явления холангита у них имеются в 46-83% случаев, что сопровождается высокими уровнями летальности. В отличие от калькулезного холангита и механической желтухи, одномоментная декомпрессия билиарной системы у них часто неэффективна или невозможна, а проведение радикальной или реконструктивной операции сопровождается высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности. В этой связи появление возможности выполнить постоянное или временное желчеотведение в просвет ЖКТ без потерь желчи является возможностью улучшить результаты лечения и качество жизни даже у инкурабельных больных. В

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

2011-2014 гг нами выполнено стентирование дистальных отделов билиарного тракта у 17 пациентов. Опухолевый генез билиарного блока диагностирован у 14. Уровни билирубина крови варьировали от 156 до 483 мкмоль/л, у большинства пациентов находились в диапазоне от 190 до 310 мкмоль/л. После выполнения ЭРХПГ, под рентгенконтролем, выполнялось ретроградное стентирование гепатикохоледоха билиарными стентами COOK, OLYMPUS. После установки стента контролировалось его расположение, характер выделения желчи. При отделении гнойной желчи, слепков, фибриновых хлопьев, детрита, выполнялась этапная санация билиарной системы. У 12 больных стентирование гепатикохоледоха в сочетании с комплексной консервативной дезинтоксикационной терапией привели к улучшению общего состояния, купированию явлений холангита, снижению желтухи до уровня 40-60 мкмоль/л. Нормализации показателей билирубина мы не наблюдали ни в одном случае. У 2 пациентов стентирование пришлось выполнить дважды, у 1 – трижды из-за блока стента содержимым гепатикохоледоха. Еще в 2 случаях перед повторной постановкой стента потребовалось выполнение временной декомпрессии и санации билиарной системы путем наружного назобилиарного дренирования (продолжительностью 5 и 7 суток). Осложнений при установке и удалении стентов не отмечено, хотя эта процедура особенно у больных с опухолями гепатикохоледоха, требует не только хороших оснащенности и мануальных навыков эндоскописта, но и определенной настойчивости при выполнении процедуры. Большое значение придаем адекватности анестезиологического пособия при выполнении процедуры, особенно с учетом ее непредсказуемой продолжительности и тяжести состояния пациента.

387.АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ ДОСТАВКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ И ХОЛАНГИОГЕННЫХ ИНФИЛЬТРАТАХ/АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ

Зорькин А.А. (1), Дрожжин Е.В. (1), Козлов А.В.(1), Курносикова Л.Е. (2), Тутолмин В.Р. (2), Майстренко Д.Н. (2)

Сургут

1 - ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», 2- БУ «Сургутская городская клиническая больница»

показателями летальности от холангиогенного сепсиса и СПОН, достигающими у некоторых категорий пациентов 80%. Развитие холангиогенных инфильтратов/абсцессов печени при гнойном холангите

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

диагностируется нечасто, поскольку они в танатогенезе всегда конкурируют с холангиогенным сепсисом. Наряду с ранней декомпрессией билиарного дерева, обязательным условием благоприятного исхода при этой патологии является адекватная антибактериальная терапия. Эффективность антибактериальной терапии определяется достижением в очаге воспаления концентраций препарата, превышающих МПК актуального патогена, на «пике» или по времени. При гнойном холангите и холангиогенном сепсисе достигнут консенсус о целесообразности проведения антибиотикотерапии в деэскалационном режиме. Тем не менее, даже использование карбапенемов в виде длительных инфузий не всегда эффективно. Одним из путей повышения эффективности антибактериальной терапии является селективное введение антибиотика в регионарное сосудистое русло. Дополнительным компонентом воздействия является системно-регионарная дефибринация очагов воспаления в печеночной паренхиме. В 2012-2014 гг мы наблюдали 3 пациентов с холангиогенными инфильтратами/абсцессами печени, возникшими на фоне гнойного холангита. Во всех случаях осложненное течение заболевания диагностировано через 3-5 суток после выполнения адекватной билиарной декомпрессии путем экстренной ЭПСТ с литоэкстракцией и антибиотикотерапии цефалоспоридами 3-4 поколения в сочетании с метронидазолом. На фоне снижения показателей билирубина, у всех пациентов отмечалась стойкая гипертермия до 38-39 град., лейкоцитоз свыше $17 \times 10^9 /л$ с палочкоядерным сдвигом, повышение уровней РСТ и CRP, даже при назначении на 2-3 сутки карбапенемов. Инфильтративное или полостное образование в печеночной паренхиме выявлялось только при выполнении МСКТ с контрастированием и имело множественный характер. При этом изменений по УЗ картине не отмечалось, при дуоденоскопии желчеотделение в просвет ДПК было сохранено. В 2 случаях проводили антибиотикотерапию карбапенемами сочетанно внутривенно и эндолимфатически в виде депо-инфильтрации круглой связки печени. Аналогично вводили гепарины в терапевтических дозировках. В 1 случае выполнена длительная селективная катетеризация чревного ствола с введением в него карбапенемов и гепаринов в виде постоянной длительной инфузии. С целью коррекции системы гемостаза выполнялись плазмотрансфузии в объеме до 800 мл ежедневно, 3-7 дней. Длительность альтернативных путей введения препаратов составила 4 суток с последующим переходом на внутривенный режим введения в течение 5-8 суток. Все пациенты выписаны в срок 14-23 суток, длительность госпитализации в РАО составила 5-8 суток. Таким образом, у пациентов с гнойным холангитом, осложненным формированием холангиогенных инфильтратов/абсцессов печени, возможно успешное проведение деэскалационной антибиотикотерапии в альтернативном режиме – депо-инфильтрации круглой связки печени или регионарной внутривенной инфузии.

388.СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Зигинова Т.М.(1), Ванюков А.В.(2), Антропова Е.С.(1),Канидьева И.В.(2)

г. Петрозаводск

1)Петрозаводский государственный университет,2)НУЗ ОКБ на ст. Петрозаводск

Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов операций герниопластики, при этом паховые грыжи составляют до 80 % среди всех грыж передней брюшной стенки. В последнее время наибольшее распространение получила лапароскопическая коррекция паховых грыж. Проводимое сравнение показывает высокую эффективность этого вида лечения. Актуальность проблемы связана с распространенностью этой патологии у лиц трудоспособного возраста, довольно высоким показателем рецидивов после применяемых в настоящее время способов хирургической коррекции, значительно увеличивающимся при повторных операциях, длительными сроками нетрудоспособности и реабилитации после герниопластики. Цель исследования – сравнить качество жизни пациентов, прооперированных по поводу паховых грыж, с применением различных способов герниопластики. Материалы и методы Проведен анализ лечения 403 больных, прооперированных по поводу паховой грыжи в хирургическом отделении НУЗ ОКБ на ст. Петрозаводск с 2008 по 2013 год. Возраст больных составил от 27 до 78 лет. Мужчин 361, женщин 42. Все больные были разделены на две группы: в первой - 158 пациентов, у которых выполнена видеолапароскопическая предбрюшинная протезирующая герниопластика с использованием полипропиленового стандартного эфил-эндопротеза для восстановительной хирургии. У 37(23,4%) из 158 при поступлении диагностирована двухсторонняя паховая грыжа, у 121(76,6%) – односторонняя, у 10(6,3%) пациентов – рецидивная паховая грыжа, причем у одного из них выявлено двустороннее грыжевое выпячивание. Вторая группа - 245 пациентов были прооперированы с использованием традиционных методов герниопластики. Для оценки качества жизни пациентов использовали опросник MOS SF-36, состоящий из 36 вопросов и включает 8 шкал, которые группируются в два показателя: физический компонент здоровья и психический. Ответы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому качеству жизни. Результаты После лапароскопической герниопластики (1я группа пациентов) сроки пребывания в стационаре у больных составили от 2 до 3 дней, в то время как у больных с традиционной герниопластикой (2я группа) – 6-7дней. Анализ отдаленных результатов лечения (от 1года до 4х лет), полученных в ходе опроса больных 1-ой группы позволил выявить рецидив у 6 из них (3,8%), у двоих отмечалась миграция сетчатого эндопротеза. У пациентов второй группы отмечался рецидив в 8% случаев. По данным анкетирования больных первой группы высокие показатели физического компонента здоровья были выявлены у 71% опрошенных, а

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

психического у 67% больных. Аналогичные показатели у больных второй группы составили 46% и 47% соответственно. У 73% пациентов первой группы показатели шкалы ролевого функционирования составили более 90 баллов, высокие показатели благополучия по болевым ощущениям наблюдались у 55% больных. Высокие баллы (более 90) показателя влияния эмоционального состояния на выполнение работы и повседневной деятельности выявлены у 67% обследованных. В то время как во второй группе пациентов аналогичные показатели оставили 52%, 37% и 51% от общего числа прооперированных. Заключение На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: лапароскопическая техника операций создает меньше дискомфорта для пациента, обеспечивает быстрое выздоровление и скорейшее возвращение к обычному образу жизни. Обеспечивая хорошую визуализацию анатомических особенностей грыжевых ворот, позволяет закрыть все слабые места паховой области, что в свою очередь обуславливает малую частоту рецидивов. Основными показаниями для выполнения лапароскопической гарниопластики являются двусторонние, рецидивные паховый грыжи, а так же желание самого больного.

389.Холедохолитиаз в нестандартных ситуациях. Современные методы комбинированного малоинвазивного лечения.

Королев М.П., Федотов А.Е., Аванесян Р.Г., Федотов Б.А.

Санкт-Петербург

ГОУ ВПО СПбГПМУ, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии

Введение. Современные представления о хирургическом лечении осложненных форм желчнокаменной болезни, в частности – холедохолитиаза, отличается от методов оперативного лечения, применяемых несколько десятилетий назад. Во многих современных клиниках в настоящее время крайне редко выполняют холедохолитомию с помощью традиционных хирургических вмешательств. Операционные вмешательства на высоте желтухи сопровождаются высокой летальностью, которая, по данным литературы, колеблется от 10 до 68%. Большинство авторов считают лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из «мини доступа» в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ)и холедохолитотомией «золотым стандартом» в лечении холецистита, осложненного холедохолитиазом. Прогресс в техническом оснащении и развитии эндоскопической аппаратуры не всегда позволяет беспрепятственно выполнить

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ретроградную литоэкстракцию в некоторых сложных ситуациях. Такие случаи нами объединены под так называемым понятием, как – холедохолитиаз в нестандартных ситуациях. В частности, у больных с билиодигестивными анастомозами, после резекции желудка по Бильрот-II и экстирпации желудка доступ эндоскопа к фатеровому соску затруднен. Кроме того, не редки случаи расположения большого дуоденального соска в просвете парапапиллярного дивертикула. Иногда достаточно сложно или практически невозможно провести любой манипулятор или проводник в просвет желчных протоков ретроградно. Благодаря комбинированию операций под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем расширились возможности миниинвазивных операций при холедохолитиазе любой локализации при нестандартных ситуациях. Материал и методы. Работа основана на опыте лечения 125 больных, которым выполнены малоинвазивные операции под комбинированным (ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим) контролем по поводу холедохолитиаза в нестандартных ситуациях. Мужчин в исследуемой группе было 51, женщин – 74. Средний возраст мужчин – 69,3 лет, женщин – 59,7 лет. Оперативные вмешательства выполнялись в специализированной операционной, оснащенной эндоскопической, ультразвуковой и рентгенологической установками. Применялись инструменты для чрескожного доступа к внутрипеченочным желчным протокам и дренирования последних, баллонные дилататоры и бужы фирмы СООК; инструменты для эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции фирмы Olympus, проводники различной конструкции и длины. Результаты и их обсуждение. В клинике тактика лечения больных с холедохолитиазом в последние годы ориентирована на малоинвазивные вмешательства с применением эндоскопической, ультразвуковой, рентгенологической и лапароскопической техники. При холедохолитиазе в комбинации с калькулезным холециститом первым этапом выполняется эндоскопическая ретроградная литоэкстракция, вторым – лапароскопическая холецистэктомия; при резидуальном холедохолитиазе – эндоскопическая литоэкстракция. Показаниями к применению комбинированных малоинвазивных технологий при холедохолитиазе в нестандартных ситуациях являются: 1) декомпрессия желчных протоков при высоких показателях билирубина, с целью подготовки больного ко второму этапу операции; 2) при технической невозможности канюляции БДС (вклиненный в терминальный отдел ОЖП конкремент, парапапиллярный дивертикул, стриктура терминального отдела ОЖП); 3) перенесенные в прошлом операции, в результате которых доставка эндоскопа к БДС невозможна без применения дополнительных инструментов; 4) тяжелое состояние больного, при котором ЭПСТ и ретроградная литоэкстракция непереносима; 5) анатомические особенности ампулы БДС, при котором проводник или иной манипулятор ретроградно проводится только в главный панкреатический проток. Смертность составила 1,5%, умерло 2 пациента. Причина смерти у одного больного вялотекущий перитонит, с которым больной был переведен в клинику после операции по поводу холецистита и холедохолитиаза. Несмотря на восстановленную проходимость внепеченочного протока и декомпрессию последнего, что исключало поступление желчи в брюшную полость, больной скончался на 14-ые сутки от инсульта. Второй больной умер от нарастающей печеночно-

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

почечной недостаточности, в результате высокой билирубинемии. Нужно отметить, что современное развитие хирургии желчных путей направлено на развитие малоинвазивных технологий, благодаря которым в подавляющем большинстве случаев можно выполнить холецистэктомию и литоэкстракцию при холедохолитиазе в стандартных и нестандартных ситуациях. Выводы. 1) Комбинированные малоинвазивные вмешательства позволяют практически в любых случаях холедохолитиаза выполнить литоэкстракцию; 2) Двухэтапные малоинвазивные операции, направленные на декомпрессию желчных протоков на первом этапе, позволяют подготовить больного к радикальной операции; 3) Эти операции необходимо выполнять в специализированных операционных, которые оснащены ультразвуковой, эндоскопической и рентгенологической техникой.

390. Доброкачественные заболевания и повреждения протоков поджелудочной железы. Современные методы малоинвазивного вмешательства.

Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ, Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербург

Стриктуры и повреждения протоков поджелудочной железы часто возникают в результате перенесенного острого деструктивного панкреатита. Хронический панкреатит нередко является причиной образования конкрементов в протоках поджелудочной железы. Оперативное лечение заболеваний протоков поджелудочной железы является одной из наиболее сложных проблем хирургии. Труднодоступность и анатомические особенности строения поджелудочной железы, агрессивная среда панкреатического сока являются причинами частых осложнений в послеоперационном периоде. Кроме того, данные операции достаточно травматичные, а длительность послеоперационного периода является причиной экономической неэффективности при лечении панкреатиколитиаза, стриктур протоков поджелудочной железы, постнекротических парапанкреатических кист. Высокотехнологические малоинвазивные операции под комбинированным (эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим) контролем считаются не менее сложными с технической точкой зрения вмешательствами, а, зачастую, и более сложными, однако, для больных данные операции малотравматичны,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

для стационара экономически выгодны в связи с меньшей длительностью послеоперационного периода. Цель работы: показать возможности малоинвазивных комбинированных операций в лечении больных с вируснолитиазом, стриктурами и повреждениями протоков поджелудочной железы. Материал и методы. За период с 2006 по 2013гг в 5 хирургическом отделении СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» (база кафедры Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ) выполнены 86 малоинвазивных операций по поводу доброкачественных заболеваний и повреждений панкреатических протоков. Мужчин в группе было 58, женщин – 28. Средний возраст больных – 39,87 лет. Основным методом обследования было ультразвуковое исследование, которое в большинстве случаев позволяет определить не только уровень поражения протока, но и определить причину патологического состояния. В 35 случаях выполнены МРТ и мультиспиральное КТ исследования. Результаты лечения. В результате обследования больные разделены на следующие группы: 51 больных с панкреатиколитиазом, 18 больных со стриктурами протока, 17 больных с нарушением проходимости или повреждением того или иного отдела панкреатического протока в результате постнекротических изменений ткани поджелудочной железы. Литоэкстракция из протоков выполняли 3 способами: антеградно с применением проводников, бужей и баллонов различной конструкции; ретроградно с помощью эндоскопической техники; комбинированным способом, с использованием чрескожного и транспапилярного доступов. Результаты показали, что наиболее эффективным методом литоэкстракции из протоков поджелудочной железы является комбинированный – ретроградная литоэкстракция по проводнику, проведенному антеградно, с последующим наружновнутренним дренированием протоков с целью формирования доступа для возможной дополнительной литоэкстракции. При стриктурах панкреатических протоков выполняли баллонную дилатацию, анте- или ретроградное стентирование, а также наружновнутреннее дренирование. Восстановление поврежденного участка панкреатического протока выполняли на каркасном дренаже или стенте, проведенном или антеградно, или ретроградно. В 7 случаях выполнены дополнительные малоинвазивные операции с связи с присоединившимися осложнениями, а именно: в 4 случаях по поводу механической желтухи, в 5 случаях по поводу кист поджелудочной железы. Летальность составила 1,16% - 1 больной умер от панкреонекроза на фоне цирроза печени и полиорганной недостаточности. Выводы: 1) малоинвазивные методы литоэкстракции из протоков поджелудочной железы в современных условиях являются приоритетными в лечении панкреатиколитиаза; 2) благодаря каркасному наружновнутреннему дренированию и стентированию протоков поджелудочной железы удается восстановить проходимость и целостность протока без применения травматичных открытых хирургических вмешательств; 3) вышеуказанные операции необходимо выполнять в специализированных операционных, оснащенных эндоскопическим комплексом, ангиографом или рентгенологической установкой типа «С»-дуги и современным ультразвуковым аппаратом с высокой разрешающей способностью.

391. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите в Якутии

Винокуров М.М.(1), Васильев А.Е.(2), Петров А.П.(2), Гилев Е.С.(1)

Якутск

1)Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова, медицинский институт2)Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи

Анализ работы проводился на основании клинического материала экстренного хирургического отделения Республиканской больницы №2-Центр экстренной медицинской помощи за период с 2010 по 2014 г.г. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите выполнена у 366 больных. Из них женщин было 275(75.1%); мужчин -91(24.9%). Возраст составил от 20 до 60 и более лет, преобладающее количество больных составили люди трудоспособного возраста: от 30 до 60 лет, из них: <30 лет – 29(7.9%)больных; 30-60 лет – 286(78.14%); 60>- 51(13.9%). Хронический калькулезный холецистит выявлен у 11(3.0%) больных; острый катаральный холецистит - у 119(32,5%); острый флегмонозный холецистит - у 179(48.9%); холедохолитиаз - у 10(2.7%); острый гангренозный холецистит - у 47(12.8%). Местный серозный перитонит выявлен в 51 случаях; эмпиема желчного пузыря - в 31. В 27(7,3%) случаях выполнена конверсия на лапаротомию, из них в 14(3,8%) - при обнаружении гангренозного холецистита, в 12(3,2%) - при наличии флегмонозного холецистита и в 1(0,27%) случае при катаральном холецистите и массивных спайках. В зависимости от сроков выполнения лапароскопической холецистэктомии, все операции разделены на экстренные - до 24 часов от момента поступления, срочные - 24-72 часа от момента поступления и отсроченные - более 72 и более часов от момента поступления больных в стационар. Большинство больных было оперировано в экстренном и срочном порядке, что составило 262(71.5%) больных, в отсроченном порядке - 104(28.4%). При этом перипузырный инфильтрат как причина конверсии был у 11(3,0%) больных, не контролируемое кровотечение из пузырной артерии наблюдалось у 3(0.8%)больных, что было причиной конверсии у данных больных. В 27(7.3%) случаях переход на широкую лапаротомию произведен ввиду развития интраоперационных осложнений и технических сложностей во время ЛХЭ: кровотечение из пузырной артерии – у 6(1.6%)больных, инфильтрат гепатодуоденальной связки – у 11(3.0%),перивезикальный инфильтрат – у 7(1.9%).Конверсия ввиду интраоперационного повреждения гепатикохоледоха произошла у 2 (0,54%) пациентов. Всего количество послеоперационных осложнений составило 14(3.8%) из них: у 4(1.09%) больных - недостаточный гемостаз ложа желчного пузыря; у 5(1.3%) - желчеистечение из-за неклипированных протоков Люшке. Летальный исход был у 1(0.27%) больного с

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

повреждением гепатикохоледоха. Проведена оценка возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии, в зависимости от длительности заболевания. Определены сроки заболевания у больных, которым была произведена конверсия. Все конверсии были у больных, оперированных позже 3-х суток от начала заболевания. Заключение: применение лапароскопической холецистэктомии возможно и оправдано при остром деструктивном холецистите в ранние сроки поступления больных в хирургический стационар. Наилучшие результаты оперативного лечения острого холецистита лапароскопическим способом получены у больных, оперированных в первые сутки от момента поступления. В этой группе больных число конверсий и количество интра- и послеоперационных осложнений было значительно меньше, чем у больных, оперированных на 2-е и 3-е сутки после поступления в стационар.

392. Особенности робот-ассистированных торакоскопических анатомических резекций легких при туберкулезе

Яблонский П.К., Кудряшов Г.Г., Нуралиев С.М., Аветисян А.О., Васильев И.В. Соколова О.П., Журавлев В.Ю.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Изучение робот-ассистированных торакоскопических (РАТС) анатомических резекций легких при раке является актуальной темой исследований по данным современных публикаций (Hiroshige Nakamura, 2014). Впервые в 2013 г. в СПбНИИФ стал выполняться данный тип операций при туберкулезе легких (Яблонский П.К. и соавт., 2013). Цель исследования: определение целесообразности РАТС анатомических резекций легких при туберкулезе. С мая 2013 г. по декабрь 2014 г. в проспективное одноцентровое исследование включено 35 последовательных пациентов (28 мужчин, 7 женщин) с локализованными формами деструктивного туберкулеза легких. Из них 14 больных с определенной до операции множественной/широкой лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза. 11 пациентов имели бактериовыделение на момент операции. Во всех случаях на фоне длительной противотуберкулезной химиотерапии (более 6 мес.) сохранялись полости распада: фиброзно-кавернозный/кавернозный туберкулез у 20 больных, туберкулемы с распадом у 15 больных. Протокол

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

предоперационного обследования, показания и противопоказания к резекции легкого основывались на Национальных клинических рекомендациях по применению хирургических методов в лечении туберкулеза легких (2013 г.) и рекомендациях Всемирной Организации Здравоохранения «The role of surgery in the treatment of pulmonary TB and multidrug- and extensively drug-resistant TB» (2014 г.). Выполнено 29 РАТС лобэктомий и 6 сегментэктомий. Операции выполняли с использованием «da Vinci Si Surgical System» из четырех торакопортов. Принципиальным отличием от существующих техник РАТС резекций легких было расположение ассистентского торакопорта в 9-10 межреберном промежутке по задней подмышечной линии. В 10 случаях потребовалось выделение легкого в экстраплевральном слое. Тотальная облитерация плевральной полости была у четырех пациентов, у двух из них выполнена конверсия доступа в миниторакотомию из-за плотности плевральных сращений. Две конверсии выполнено при сегментарных резекциях: в одном случае для остановки кровотечения при непрошивании легочной ткани сшивающим аппаратом, во втором – для зашивания бронходулярного свища. Время операции и кровопотеря при РАТС лобэктомиях составили 120-380 мин. и 50-500 мл, при сегментэктомиях: 160-320 мин. и 50-1200 мл соответственно. Послеоперационные осложнения развились у 20% пациентов (классификация Korst 1997 г.): два нехирургических угрожающих жизни осложнения (кровотечение из острой язвы желудка, остановленное консервативно; подкапсульная гематома печени вследствие разрыва кисты, что потребовало лапаротомии), пять не угрожающих жизни осложнений (продленный сброс воздуха – 3, гематома в области заднего троакара – 1, обострение хронической обструктивной болезни легких, потребовавшее неоднократных бронхоскопических санаций – 1). В послеоперационном периоде продолжалась противотуберкулезная химиотерапия с учетом данных лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза. При контрольном обследовании через 1-6 мес. данных за отдаленные послеоперационные осложнения не получено. Выполнение РАТС анатомических резекций легких при туберкулезе эффективно и сопровождается приемлемым количеством осложнений. Расположение ассистентского торакопорта в области заднего синуса создает удобный угол для введения эндостеплеров и ретракции легкого. Перибронхиальные фиброзные изменения осложняют выполнение РАТС сегментэктомий у ряда больных.

393.Первый наш опыт лечения морбидного ожирения эндоскопическим методом.

Тарасов Д.А.,Поляков Д.Г.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Волгоград

НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст.Волгоград 1 ОАО "РЖД"

За последние годы все чаще уделяется внимание лечению патологии избыточного веса. Связано это с повышенной летальностью у пациентов с ожирением и сверхожирением, что значительно выше чем у лиц с нормальным или несколько повышенным ИМТ. По заключению ВОЗ ожирение это «неинфекционная эпидемия 21 века» в России страдает 26% жителей ожирением и 29 % избыточной массой тела. Лапароскопические методики мы применяли у пациентов с ИМТ > 35-45 при наличии сопутствующей патологии. В нашей клинике за истекшие 8 мес мы выполнили 12 оперативных вмешательств у пациентов с ИМТ от 35 до 45. Во всех случаях мы использовали стандартную аппаратуру эндовидеостойку фирмы GIMMI. Сшивающие эндоаппарты для лапароскопического доступа Echelon 60 Ethicon Endo-surgery LLC. Лигирование сосудов и диссекцию тканей осуществляли применением аппаратов EnSeal. Распределение по полу было следующим: мужчин -4, женщин 8. Преобладали пациенты с ИМТ 35-40 – 92%, ИМТ 43 – 8%. Все пациенты были обследованы у эндокринолога, у 80% имелся метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа. Время оперативного вмешательства составляло от 100 мин до 140 мин. Удлинение времени оперативного вмешательства мы наблюдали у пациентов с ИМТ 43, что на первом этапе связывали с техническими проблемами при освоении методики. Само оперативное вмешательство выполняли по стандартной методике продольной резекции желудка. В послеоперационном периоде внутрибрюшных осложнений мы не наблюдали. У 2 пациентов сформировались серомы в зоне удаления препараты, которые были ликвидированы. Пациентов начинали кормить жидкой пищей на 3 сутки. Выписка на 5 сутки. При повторном осмотре через 6 мес отмечено снижение массы тела в среднем на 20 кг у 80 %. У всех наблюдали быстрое насыщение при небольших порциях пищи. Все пациенты отметили снижение гликемии, улучшение самочувствия, уровня АД. Выводы лапароскопическая продольная резекция желудка – метод необходимый для освоения бариатрической хирургии. Сама методика эффективно снижает вес. Сохраняется анатомическая целостность желудка с его клапанными механизмами. Низкое количество осложнений, что отмечено многими бариатрическими хирургами

394.РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А

Баку, Азербайджан

Центральная Больница Моряков Каспийского Морского Пароходства

За последние несколько лет отмечается тенденция увеличения числа больных страдающих ожирением, которые требуют различные мини-инвазивные хирургические вмешательства. Целью настоящей работы явилось изучение частоты развития ранних послеоперационных осложнений у больных с ожирением при различных лапароскопических вмешательствах. **Материал и методы.** Данное ретроспективное исследование включило сравнительные результаты у 500 больных с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/см²) и без ожирения (ИМТ <30 кг/см²) оперированные с 2010 по 2013 гг. Больные были сопоставимы по полу, возрасту, предоперационными диагнозами и тяжести перенесенных операций. У обеих групп около 70% больных были женщинами. **Результаты.** Послеоперационные осложнения у больных с ожирением и без нее составляло соответственно 29,4% и 23.7%. Инфицирование послеоперационной раны у больных с ожирением и без ожирения были 4%. Однако частота повторных операций у обеих групп в процентном отношении были одинаковы и статистически достоверно не отличались. Среднее пребывание на койке у больных с ожирением составлял 4.6 дней, у больных без ожирения – 2.9 дней. Одним из важных факторов при интерпретации послеоперационных осложнений у тучных больных и без ожирения является хирургический опыт оперирующей бригады. Продолжительность хирургического вмешательства и частота конверсий значительно снижается по мере повышения опыта работы хирургической бригады. **Заключение.** Больные с ожирением, требующие лапароскопических вмешательств не имеют высокий процент фактора риска по отношению ранних послеоперационных осложнений. Частота развития ранних послеоперационных осложнений у этой группы больных статистически достоверно не отличались от больных без ожирения при лапароскопических операциях. >

395.Минилапароскопия в хирургическом лечении не осложненных пупочных грыж протезом Ventralex ST.

Хитарьян А.Г.(1), Подина М.В.(2)

Ростов-на-Дону

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

- 1) НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный,
- 2) РостГМУ

Пупочные грыжи одно из самых распространенных заболеваний брюшной стенке, а герниопластика по поводу пупочной грыжи одна из наиболее частых общехирургических операций. История развития хирургии пупочных грыж весьма разнообразно и прошла этапы от обычного ушивания пупочного кольца, дубликатурной пластики, пластики без натяжения с использованием местных тканей, например переднего листка апоневроза прямых мышц живота или наружной косой мышцы живота и наконец аллопластик с использованием синтетических сеток, которые было предложено устанавливать сверху апоневроза - on lay или перед прямыми мышцами живота - in lay. Многочисленные методы герниопластики имеют свои преимущества и недостатки и, обычно, в арсенале любого хирурга имеется несколько методик, которыми пользуются дифференцированно в зависимости от клинической ситуации. Если для пупочных грыж больших и средних размеров тактика общепринятая - доказана целесообразность пластики без натяжения с использованием синтетических материалов, то для пупочных грыж малых размеров тактика не до конца однозначна - ушивание пупочного кольца малотравматично но чревато высокой частотой рецидивов, в том числе и у лиц сохранным мышечно-апоневротическим каркасом передней брюшной стенки, полноценная пластика без натяжения с аллопротезированием является не оправданно травматичной, тем более, что такие виды пупочных грыж часто встречаются у молодого контингента пациентов. У данной группы больных оправдано применение минилапароскопической технологии лечения с применением протеза Ventralex ST. Для данной технологии подходят ранее не оперированные пациенты с не осложненными грыжами с размером грыжевых ворот менее 3,5 см. Операция выполняется через кожный разрез в области пупочного выпячивания и один дополнительный троакарный доступ 5 мм. Под общим обезболиванием в левом отделе брюшной стенки устанавливается 5 мм троакар, хирург убеждается в отсутствии спаечного процесса в брюшной полости и приращения петель кишечника к грыжевому мешку, затем надсекается кожа длиной до 2 см в области грыжевого выпячивания, через который удаляется грыжевой мешок и его содержимое. Это происходит легко, так как после минилапароскопии хирург уверен, что ни каких опасностей повреждения органов при работе с грыжевым мешком нет. Затем в брюшную полость вводится устройство Ventralex, которое 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 сантиметровой герниотомический разрез, после чего происходит самостоятельное развертывание сетки благодаря плотному полипропиленовому каркасу. После установки устройства Ventralex лапароскопически осуществляется контроль качества установки протеза, операция заканчивается наложением 3-х кожных швов. Вместе с тем, использование обтурационных протезов ограничено при размерах

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

грыжевых ворот более 3,5 см, атрофии тканей в области грыжевых ворот, прямых мышц живота, выраженного их диастаза, поскольку существует опасность "проваливания" протеза в грыжевые ворота, его деформации в брюшной полости и появления доступа кишечника к проленовой части протеза, что опасно самым тяжелым осложнением - спаечной тонкокишечной непроходимостью, а также рецидивом грыжи. В такой ситуации, отдают предпочтение герниопластики без натяжения с использованием синтетического протеза. Клинический осмотр, пальпация не дает четкого представления об истинном размере грыжевых ворот, особенно при невправимых пупочных грыжах и состоянии апоневроза белой линии живота прилежащего к грыжевым воротам белой линии живота, переднего и заднего листка апоневроза прямых мышц живота. Предлагаемый способ хирургического лечения пупочных грыж предусматривает дооперационное обследование пациента, предусматривающий клинический осмотр, ультразвуковое сканирование передней брюшной стенки в области грыжевых ворот и передней брюшной стенки, определения и накожной маркировки под сонографическим наведением истинной площади грыжевых ворот и площади истончения апоневроза менее 3 мм. При площади грыжевых ворот менее 12 см квадратных и зоны истончения апоневроза менее 70 см квадратных выполняют лапароскопическую герниопластику obturatorным композитным протезом. При большей площади грыжевых ворот или зоны окологрыжевого истончения белой линии живота выполняют герниопластику без натяжения с использованием сетчатого протеза. Использование obturatorных протезов Ventralex ST имеет несомненные преимущества: малый доступ (сопоставимый с размером протеза в свернутом состоянии при введении его в брюшную полость), малая травматичность (отсутствует необходимость рассечения мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки), практически безлигатурный способ фиксации протеза (фиксируется одной лигатурой), малая продолжительность операции (10-15 мин), крайне низкий риск хирургической инфекции из-за отсутствия раны в подкожножировой клетчатке и атравматичности при работе с передней брюшной стенкой, отсутствия условий для образования сером, гематом, практически отсутствие болевого синдрома после операции, быстрая реабилитация больных (срок пребывания в стационаре 24-48 ч). В Дорожной больнице СКЖД технология была использована на 108 больных, осложнений не было.

396.К вопросу обучения навыкам ручного шва в эндохирургии.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Принцип «не умеешь шить - не лезь в операционную» всегда использовался в открытой хирургии. В открытой хирургии это аксиома, и никому в голову не придет без базовых навыков шитья начать оперировать. Но почему-то этот принцип не работает в лапароскопии. По нашим данным, более 80% хирургов, урологов, гинекологов, опериру-ющих лапароскопически, не владеют интракорпоральным швом. Почему так? Да, интракорпоральный шов – достаточно сложный навык. Но это не повод изменять принципам хирургии. Ведь хирургия - она одна, а лапароскопия - лишь метод хирургии, просто другой операционный доступ. Более того, проанализировав данные изучения мануальных навыков более 250 хирургов, мы выявили устойчивую корреляционную связь между владением интракорпоральным швом и спектром выполняемых операций. Другими словами, чем лучше шьешь, тем больше разных операций выполняешь. Этот факт послужил толчком к разработке эффективной методики обучения интракорпоральному шву. Ведь между тренировкой лапароскопических навыков и любой другой тренировкой (будь то бокс, борьба, теннис, футбол и т.д.) принципиальных различий нет. В нашей методике мы постарались использовать общие принципы тренировки. «Уровень мастерства, в конечном счете, определяется числом правильно выполненных повторов». Для достижения максимального количества правильных повторов мы делим навык на ключевые составляющие. Таким образом, мы используем один из основных принципов тренировки - дробление сложного навыка на более простые составляющие. Например, интракорпоральный шов состоит из ТРЕХ основных элементов: 1. Взять иглу в правильной позиции. 2. Сделать вкол и выкол. 3. Завязать узел. Очевидно, что каждый из этих основных элементов состоит из нескольких последовательных действий. Еще один важный принцип тренировки - следование от простого к сложному. Поэтому мы начинаем тренировку с вязания узлов. Навык лапароскопического вязания узлов можно разделить на два основных элемента: формирование петли и затягивание узла. Первое упражнение: формирование разных петель (поочередное формирование петли сверху и снизу). Причем основное движение выполняется вначале правой рукой (иглодержателем), затем (при достижении скорости 40 петель в минуту) - левой рукой (диссектором). Затем движения обеих рук объединяются. Требуемая скорость выполнения задания - от 40 петель в минуту. Главный принцип, который следует соблюдать во всех упражнениях - постоянный анализ и максимальная эргономичность движений. После достижения устойчивых результатов в виде 40 петель в минуту курсант переходит к следующему этапу - затягиванию и формированию узла. Переход к следующему упражнению возможен только после достижения определенного результата. Таким образом, переход на новый уровень превращается в реальный стимул. Второе упражнение: узлы. Базовые принципы неизменны. Нужно завязать узел при минимуме движений и максимальной эффективности и скорости. Критерий перехода к следующему упражнению - 8 узлов в минуту. Во всех упражнениях используется еще один принцип тренировки: улучшить можно только то, что можно измерить. Поэтому все упражнения

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

фиксируются по времени. Третье упражнение: позиционирование иглы. Позиционирование иглы - один из самых сложных навыков. Есть 5 основных вариантов позиционирования: 1.Об ткань. 2.За нитку (игла в иглодержателе). 3.За нитку (игла в диссекторе). 4. Двумя инструментами. 5.С помощью поворотного колеса диссектора. Каждый из этих вариантов позиционирования отрабатывается по отдельности. Критерий перехода - 10 перехватов в прямой и обратный хват иглы в минуту. Четвертое упражнение: прошивание. На тканном материале нанесены точки прошивания. Задача курсанта - прошить в определенном направлении 8 точек в минуту. В этом упражнении, помимо нового навыка (прошивания), тренируется и навык позиционирования иглы. Одно из основных условий: минимум движений при максимальной эффективности. Достигается это тем, что игла при выкалывании подхватывается диссектором и тут же перехватывается иглодержателем в нужном месте. Пятое упражнение: позиционирование и проведение иглы через петли. Для этого упражнения используется специальная планшетная доска с вкрученными металлическими петлями, расставленными в определенной траектории таким образом, что ушки петель развернуты в разных направлениях и стоят на разном расстоянии. Это самое сложное задание курса. Вначале курсант должен иглой пройти через все петли за 2 минуты. Каждый день время на выполнение задания сокращается. Задание усложняется дополнительными условиями: после каждой петли нужно развернуть иглу в противоположные хват, т.е. если первая петля пройдена обратным хватом, то вторая должна быть пройдена прямым. Последнее, результирующее упражнение: интракорпоральный шов. Это своего рода экзамен в конце курса на 5 день. Курсант должен выполнить полноценный интракорпоральный шов. Данная методика показала свою эффективность. Все курсанты (46 чел.-век) выполнили интракорпоральный шов меньше чем за 1,5 минуты, самые способные затратили на упражнение 1 минуту. Практически, это в 4-6 раз лучше европейских и американских нормативов. При этом было проверено утверждение: «интракорпоральный шов- вершина базовых навыков лапароскопии». Курсанты, прошедшие обучение по данной методике, в среднем в 2-4 раза лучше справляются со всеми существующими тренировочными заданиями европейских и американских обучающих методик. Выводы 1.Интракорпоральный шов - абсолютно необходимый навык для каждого хирурга. 2.Интракорпоральный шов - ключ к расширению спектра выполняемых эндовидеохирургических операций. 3.Наша методика позволяет освоить этот навык на экспертном уровне в кратчайшие сроки.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

397. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Хусаинова С.С., Гучетль А.Я, Габриэль С.А, Дынько В.Ю.

Краснодар

ГБУЗ Краевая Клиническая Больница №2 Министерства Здравоохранения Краснодарского Края

Пищевод Барретта (ПБ) интерпретируется как факультативное предраковое заболевание с многоэтапной неопластической прогрессией и возможной трансформацией его в аденокарциному пищевода. Пищевод Барретта встречается у 8% (от 5 до 20%) больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), являющейся осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). До 80-90% случаев аденокарциномы дистального отдела пищевода развивается на фоне ПБ. Нами проанализирована эффективность эндоскопической диагностики и малоинвазивного лечения пищевода Барретта в условиях «Краевой клинической больницы №2» за период с 2008 по 2014 годы. Цель: оценить эффективность хирургического и эндоскопического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненной ПБ. Материалы и методы: обследовано 521 человек, имеющих длительность анамнеза ГЭРБ более 5 лет. Всем больным проводили ФГДС («Olympus» GIF-150, Япония) с хромокопией и последующей биопсией измененной слизистой (приоритетная справка № 2010108459 от 09.03.2010 г.). В постановке диагноза использовали Пражские C&M критерии при пищеводе Барретта (2004г.). Выявлено 42 человека с ГПОД, осложненной и гистологически подтвержденным ПБ. В первую группу вошли пациенты, которым выполнялось оперативное вмешательство в объеме устранения ГПОД. Было прооперировано 36 человек, из них 5 пациентам выполнена лапаротомия, устранение ГПОД с формированием арефлюксной кардии, 31 пациенту выполнена лапароскопическая фундопликация. Во вторую группу пациентов (6 человек) вошли пациенты, которым оперативное вмешательство не выполнялось из-за противопоказаний, связанных с сопутствующей патологией или из-за отказа пациентов от операции. Данной группе пациентов выполнялось эндоскопическое лечение ПБ в виде эндоскопической резекции или эндоскопического лигирования (патент на изобретение № 2405495, 2010 г.). Результаты: после хирургического и эндоскопического лечения всем пациентам был проведен контроль ФГДС через 6, 12 и 24 мес. В первой группе, после выполненного хирургического лечения у 32 пациентов (88,9%) отмечалась регрессия сегмента ПБ, у 4 (11,1%) пациентов (после хирургического лечения) сегмент ПБ сохранялся. Трех пациентам (с коротким сегментом ПБ) выполнили эндоскопическое лечение в объеме лигирования метапластически измененной слизистой оболочки дистального отдела пищевода, при контрольном осмотре через 6 мес. данных за рецидив не получено. Один пациент с сохраняющимся ПБ находился на консервативном лечении и динамическом наблюдении в связи с длинным и циркулярным сегментом ПБ. У пациентов второй группы, после проведенного эндоскопического лечения, при контрольной

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ФГДС визуализировались звездчатые рубцы в области эндоскопического лечения, при взятии биопсии из рубца данных за метаплазию не было. Осложнений при хирургическом и эндоскопическом лечении не было ни в одном случае. Средний койко-день при эндоскопическом лечении – 3 дня, при хирургическом – 8 дней. Выводы: Таким образом, устранение ГПОД, которая является одной из основных причин ПБ, приводит к инволюции метапластически измененной слизистой пищевода в 88,9 % случаев. Разработанные алгоритм и методики эндоскопического лечения показали свою высокую эффективность как у пациентов после устранения ГПОД с сохраненным пищеводом Барретта, так и у неоперированных пациентов с пищеводом Барретта. Данные методики нуждаются в дальнейшей их отработке и анализе своей эффективности на более обширной группе больных в течение более продолжительного периода времени.

398. Толстокишечные кровотечения. Возможности эндоскопической диагностики и гемостаза.

Крушельницкий В.С., Гучетль А.Я., Габриэль С.А., Дынько В.Ю.

Краснодар

ГБУЗ Краевая Клиническая Больница №2 Министерства Здравоохранения Краснодарского Края

По обобщенным литературным данным ежегодная частота толстокишечных кровотечений в общей группе населения составляет 0,03-0,05%, но драматически увеличивается более чем в 100 раз от второго до восьмого десятилетия жизни (Fletcher RH. 2002). К наиболее типичным причинам толстокишечных кровотечений относятся злокачественные новообразования, дивертикулит и ишемические повреждения слизистой оболочки (Аржанов Ю.В., Карпужин О.Ю. 2004; Пирцхалашвили Г.Г., Шахмарданов М.З., Никифоров В.В., 2003). Цель: определение эффективности эндоскопической диагностики и возможностей малоинвазивного лечения пациентов с толстокишечными кровотечениями. Материалы и методы: За период 01.01.2010г.-01.01.2014г. в эндоскопическом отделении ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодара обследовано 83 пациента с подозрением на кишечное кровотечение в возрасте от 34 до 88 лет, 63% пациентов были старше 60 лет. В пяти случаях эндоскопический осмотр толстой кишки выполнялся в условиях операционной, из них в трех после лапаротомии. Признаки продолжающегося, либо состоявшегося кровотечения в толстой кишке выявлены у 41 пациента (49%). У 42 больных (51%) признаков гематохезиса выявлено не было. Результаты:

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Решающее значение для выявления источника кровотечения и проведения эндоскопического гемостаза в анализируемой группе больных имела подготовка толстой кишки. У пациентов с продолжающимся кровотечением и нестабильными показателями гемодинамики прием слабительных препаратов и ретроградные методы лаважа толстой кишки не применяли. Им выполнялась колоноскопия или в условиях операционной или в реанимации. У пациентов с признаками состоявшегося ЖКК, с устойчивыми показателями гемодинамики проводили подготовку толстой кишки постановкой клизм. Самыми частыми причинами кровотечений в разных отделах ободочной кишки стали дивертикулы -12 случаев (29,3 %) и кровотечения ятрогенного характера (после полипэктомий и резекций слизистой оболочки)-11 случаев (26,8%). Источник кровотечения не был выявлен в 6 случаях (14,6%), сюда относятся пациенты длительно принимающие антикоагулянты и пациенты с нарушениями свертывающей системы крови. Геморрой и анальные трещины явились источниками кровотечений в 12 случаях (29,3 %). Для установления окончательного гемостаза нами чаще всего применялся механический способ эндоскопического гемостаза (клипирование)-9 случаев, эндоскопическая полипэктомия в 5 случаях. Аппликационный метод применялся в 5 случаях, комбинированный (механический+аппликационный) в 4 случаях. Необходимость повторных эндоскопических манипуляций возникала в 5 случаях (12%), из которых у 2 больных удалось добиться окончательного гемостаза, у 3 больных попытки эндоскопического гемостаза оказались безуспешны. Оперативное лечение потребовалось в 3 случаях (7 %). Выводы: При наличии данных за толстокишечное кровотечение целесообразно выполнение колоноскопии в ближайшие часы после поступления пациента в стационар. Наибольшей проблемой является подготовка толстой кишки к экстренному исследованию и определение источника при продолжающемся кровотечении. Наиболее эффективным является применение механического способа эндоскопического гемостаза. Вопрос о продолжении колоноскопии и проведении эндоскопического гемостаза у крайне тяжелых пациентов решается совместно (эндоскопист, хирург, анестезиолог-реаниматолог).

399.Лапароскопические вмешательства при экстравазальной компрессии
чревного ствола

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Пироженко П.А., Луковскова А.А.,
Уфимцев В.С., Короткова А.И., Исаев А.В.

Волгоград

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет
Клиника №1

Цель: оценить возможность использования лапароскопических технологий в лечении пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола. Материалы и методы. В клинике №1 ВолгГМУ в период с 2012-2014гг выполнено 13 хирургических вмешательств при критическом стенотическом поражении чревного ствола. Всем пациентам в рамках предоперационного обследования сосудистой системы производили УЗДС и КТ-ангиографию, также выполняли УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС, обследование толстой кишки. При выявлении стеноза чревного ствола основным показанием к выбору метода оперирования был этиологический фактор. В 8 случаях (61,5%) при атеросклеротическом поражении и формировании стеноза более 70 % выполнено стентирование баллонраскрываемым стентом. 5 пациентам (38,5%) произведена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола по поводу его экстравазального сдавления с формированием гемодинамически значимого стеноза. Для выполнения лапароскопической декомпрессии чревного ствола использовали трансперитонеальный доступ с рассечением малого сальника. В ходе операции использовали эндоскопические зажимы и ультразвуковой скальпель Harmonic, которым производили основной этап операции. Результаты. Технический успех достигнут во всех случаях. Интра- и ранних послеоперационных осложнений нет. Средняя продолжительность операции составила 95±24 минуты. В раннем послеоперационном периоде на вторые сутки пациенты возвращались в обычной диете. Активизация больных проводилась через 12 часов после оперативного лечения. Болевой синдром регрессировал в раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов (80%). В одном случае ввиду наличия резидуального стеноза, верифицированного в ходе контрольной КТ-ангиографии, операцию дополнили стентированием чревного ствола. Продолжительность стационарного лечения составила 5±2,7 суток. Все пациенты отслежены в отдаленном периоде в сроки от 6 до 18 месяцев. Рестенозов чревного ствола, а также рецидивов абдоминальных болей не выявлено. Резюме. Всем пациентам в рамках предоперационного обследования необходимо верифицировать этиологический фактор стеноза чревного ствола с целью последующего выбора оптимального метода хирургического лечения. При экстравазальной компрессии чревного ствола показано этапное оперативное лечение – рассечение дугообразной связки диафрагмы с последующей возможной эндоваскулярной коррекцией зоны остаточного стеноза. Использование лапароскопических технологий позволяет адекватно выполнить оперативное лечение при экстравазальной компрессии чревного ствола. При атеросклеротическом поражении чревного ствола эндоваскулярную реваскуляризацию считаем операцией выбора.

400.Классификация синдрома Мириizzi и влияние способа разрешения механической желтухи на результаты его лечения.

Пугаев А.В. (1), Негребов М.Г. (1), Алекперов С.Ф. (2), Рябых В.И. (2)

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова(1), ГКБ №67 им. Л.А.Ворохобова(2)

В клинике госпитальной хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова на базе ГКБ №67 с января 1996 по декабрь 2012 год находились на лечении 27 больных с синдромом Мириizzi в возрасте от 27 до 75 лет, (женщин было 19, а мужчин-8). На основании данных ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии, рентгенологического исследования с контрастированием желчных протоков (холецистохолангиография, чрескожная чреспечёночная холагниография, эндоскопическая холангиопанкреатикография), интраоперационной диагностики и секционных исследований разработали классификацию синдрома Мириizzi. Выделили два типа изменений во внепечёночных жёлчных протоках. I тип – расширение общего печёночного и внутрипечёночных протоков из-за компрессии общего печёночного и начальной части общего жёлчного протока извне стенкой воспалённого жёлчного пузыря вследствие вклинения конкремента в гартмановский карман или в проток жёлчного пузыря. II тип – тоже, что первый тип, при наличии билиобилиарного свища между жёлчным пузырём или пузырьным протоком. Целесообразным считаем выделение у пациентов II типа варианта А – без расширения дистальной части общего жёлчного протока и варианта В - с расширением дистальной части общего жёлчного протока, что свидетельствует о нарушении функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки с предпосылкой развития холангита. Помимо этого выделяли III тип синдрома Мириizzi, который отличается от II типа наличием ещё и билиодигестивного свища (холангиогастрального или холангиоинтестинального). Диагноз устанавливали на основании жалоб, объективных данных, лабораторных методов исследования, ультразвукового исследования (УЗИ), эндоскопической гастродуоденоскопии (ЭГДС) и компьютерной томографии (КТ). Помимо этого применяли методы прямого контрастирования внепечёночных жёлчных протоков: ЧЧХГ, ЭРХПГ, холецистохолангиографию после дренирования жёлчного пузыря, интраоперационную холангиографию (ИХГ) и исследование желудка через рот бариевой взвесью. В зависимости от клинических проявлений при поступлении больных разделили на 2 группы. В первую группу включили 19 больных с признаками механической желтухи, но без явлений холангита (приступ болей с желтухой без повышения температуры или приступ болей с кратковременным повышением температуры без озноба), а вторую группу

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

составили 8 пациентов с механической желтухой, сопровождавшейся повышением температуры с ознобом, т. е. с клиническими проявлениями холангита. Следует отметить, что возраст пациентов во второй группе был достоверно больше, чем у больных первой группы. Опыт показал, что антеградные методы устранения механической желтухи были оптимальными при её разрешении и улучшали результаты хирургического лечения синдрома Мириззи. Общая летальность составила 12,8%.

401. Опыт применения оригинального троакара для единого лапароскопического доступа.

Яхин Р.Р., Славин Л.Е., Чугунов А.Н., Зимагулов Р.Т., Подшивалов А.Г., Сангаджиев С.Б., Замалеев А.З.

Казань

Яхин Р.Р.(1), Славин Л.Е.(2), Чугунов А.Н.(2), Зимагулов Р.Т.(1), Подшивалов А.Г.(1), Сангаджиев С.Б.(1), Замалеев А.З.(1) 1) ГАУЗ МКДЦ, 2) ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России

Введение. Стремление к минимизации операционной травмы при выполнении лапароскопической холецистэктомии привело к внедрению методики единого доступа, несомненным преимуществом которого является уменьшение послеоперационного болевого синдрома, быстрая реабилитация больных, превосходный косметический эффект. Цель. Сравнить лапароскопическую холецистэктомию с применением оригинального порта для единого лапароскопического доступа, имеющий три или четыре универсальных инструментальных канала для введения лапароскопических манипуляторов и оптики. Выяснить преимущества и недостатки данного порта. Материалы и методы. С февраля 2010 года в хирургическом отделении ГАУЗ МКДЦ было выполнено 40 операций с применением порта для единого лапароскопического доступа (SILS). Порт представляет собой устройство содержащая эластичную втулку из силиконовой резины в форме вогнутого тонкостенного цилиндра. Верхний край втулки вставляется в цилиндрическую проточку фланца и обхватывает его. На плоской поверхности фланца размещены: отвод с краном для газоподачи и несколько инструментальных каналов в виде цилиндрических втулок с буртиками, диаметр которых позволяет вводить инструменты различного размера. Доступ осуществлялся через пупочное кольцо 3 см разрезом кожи, куда устанавливался вышеописанный порт. Для удобства выполнения операции использовались изогнутые инструменты и длинная скошенная 5 мм оптика, а также стандартные

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароскопические инструменты. При использовании порта с тремя инструментальными каналами для создания правильной тракции использовалась методика прошивания дна желчного пузыря к передней брюшной стенке. Использование же порта с четырьмя инструментальными каналами позволяла ввести дополнительный манипулятор для отведения дна желчного пузыря и создания оптимального операционного пространства. Результаты. Нами отобраны 10 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с применением порта для единого лапароскопического доступа имеющим три инструментальных канала и 10 пациентов, у которых использовался порт с четырьмя каналами. Данные группы пациентов были сопоставлены по полу, возрасту и индексу массы тела. Средний возраст пациенток составил 30 лет (от 18 до 45) - во всех случаях прооперированы женщины. Средний индекс массы тела - 23,1 (от 18 до 25) кг/м². Среднее время операции – 60 минут (от 40 до 92 минут). Обсуждение. Сравнительная оценка показала, что выполнение оперативного вмешательства по методике единого лапароскопического доступа с применением порта фирмы ППП, имеющим три инструментальных канала, технически сложнее, так как отсутствие четвертого инструмента, не дает возможность адекватной тракции желчного пузыря в цефалическом направлении, что в свою очередь увеличивает длительность операции и может привести к возникновению интраоперационных осложнений. Данный недостаток решается методом прошивания дна желчного пузыря, что в свою очередь приводит к желчеистечению и необходимости в более тщательной санации брюшной полости. Было выявлено, что при применении порта, имеющего четыре инструментальных канала, возможно использование стандартных прямых инструментов, используемых при выполнении классической холецистэктомии. Однако нахождения инструментов в одной плоскости затрудняет работу хирургов и манипулирование становится крайне неудобным. Заключение. Полученный нами опыт при выполнении холецистэктомии с применением порта для единого лапароскопического доступа, имеющий три или четыре инструментальных канала показал, что возможность введения дополнительного инструмента, значительно облегчает и ускоряет оперативное вмешательство.

402. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОДНОПОРТОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ С СОХРАНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ

Косаченко В.М., Жестков К.Г., Курланов А.Ю. Барский Б.Г., Разорёнов В.Ю.

МОСКВА

Кафедра торакальной хирургии РМАПО, ГКБ №50

Введение. Основная тенденция развития торакальной хирургии за последние 20 лет заключается в уменьшении травматичности операции за счет использования торакоскопического доступа. Однако, не менее важным для снижения выраженности операционно-анестезиологической травмы является уменьшение агрессивности анестезиологического пособия. Современная тактика при выполнении торакоскопической операции подразумевает стандартное использование эндотрахеального наркоза с отдельной интубацией бронхов и односторонней вентиляции. Накопление опыта торакоскопических резекций легких способствует переходу к новой, менее травматичной анестезиологической технике. Целью публикации является описание первого опыта наркоза с сохранением спонтанного дыхания при однопортовой торакоскопической резекции легкого и сравнения со стандартной методикой анестезии и многопортовой торакоскопией. Материалы и методы. Мы располагаем опытом 3-х операций под анестезией с сохранением спонтанного дыхания: 2-е однопортовые торакоскопические резекции легкого по поводу доброкачественных образований и 1 однопортовая торакоскопическая резекция буллезно-измененной части легкого и плеврэктомия по поводу спонтанного пневмоторакса. Положение пациентов на операционном столе в положении «на боку». Внутривенный наркоз со спонтанным дыханием через ларингеальную маску. Введение анальгетиков (фентанил) проводилось дробно, с подбором дозы не угнетающей дыхание. Уровень сознания (биспектральный индекс - BIS) в ходе анестезии на уровне 35. Интраоперационно проводилась дополнительная локальная межреберная анестезия нарочином (2 мг/мл) в объеме 50 мл. Однопортовый доступ в 5-м межреберье по передней подмышечной линии длиной 2 см. Камера располагалась переднем углу раны. Результаты исследования. На протяжении всей операции сохранялось спонтанное дыхание. Оперированное легкое коллабировано за счет открытого пневмоторакса. На фоне спонтанного дыхания отмечалось уменьшение внутрилегочного шунтирования в оперированном легком. Интраоперационная межреберная блокада позволила уменьшить суммарную дозу анальгетиков. 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 80 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, на 16% уменьшить продолжительность пребывания в палате пробуждения. В раннем послеоперационном периоде (1-е - 3-и сутки) отмечено отсутствие болевого синдрома. Выводы. Торакоскопические однопортовые операции у неинтубированных пациентов являются перспективным направлением

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дальнейшего уменьшения операционно-анестезиологической травмы и нуждаются в дальнейшей разработке и изучении.

403. Ближайшие результаты применения роботизированного хирургического комплекса Да Винчи в лечении рака ободочной кишки.

Гладышев Д.В.(1), Коваленко С.А.(1), Моисеев М.Е.(1), Гнедаш С.С.(1), Шелегетов Д.С.(2).

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ Городская больница №40, Санкт-Петербург, г.Сестрорецк, Россия. 2) ФГБВОУ ВПО ВМедА им.С.М.Кирова МО РФ

В настоящее время в мире выполнено более 2 млн. оперативных вмешательств на толстой кишке с использованием роботизированного хирургического комплекса Да-Винчи. Уже накопилось достаточно большое количество одноцентровых исследований, сравнивающих лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства при раке различных отделов ободочной кишки по непосредственным и отдаленным результатам лечения. Если лапароскопический метод лечения больных раком ободочной кишки в настоящее время получил признание большинства исследователей, то обоснованность робот-ассистированных вмешательств при раке ободочной кишки ставится под сомнение. Целью нашего исследования является оценка ближайших результатов хирургического лечения 54 больных, страдающих злокачественными заболеваниями ободочной кишки с применением хирургического роботоконкомплекса Da Vinci. В период с августа 2013 года по декабрь 2014 года нами выполнено 54 робот-ассистированных операции по поводу злокачественных новообразований различных отделов ободочной кишки. В их числе: правосторонняя гемиколэктомия – 21, левосторонняя гемиколэктомия – 5, резекция сигмовидной кишки – 27, субтотальная колэктомия – 1. Мужчин было 21, женщин – 33. Возраст от 40 до 88 лет. ИМТ от 21,5 до 35,4. Все операции выполнены по поводу аденокарциномы различной степени дифференцировки (высокодифференцированная-16, умеренно-28, низко-10). Используемая нами оперативная техника включает медиально-латеральную мобилизацию кишки с выполнением стандартной лимфодиссекция (перевязка артерии у устья с включением в удаляемый препарат апикальных лимфатических узлов). Удаление препарата осуществлялось через минилапаротомный разрез. Формирование анастомоза при правосторонней гемиколэктомии осуществлялось экстракорпорально однорядным непрерывным швом викрилом или

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

линейными сшивающими аппаратами. При левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки при помощи циркулярного сшивающего аппарата. Непосредственные хирургические результаты: продолжительность операций составила от 85 минут при правосторонней гемиколэктомии, до 320 минут при субтотальной колэктомии. Стоит отметить, что средняя продолжительность первых 20 операций составила 200 ± 55 мин, а последних 20 операций – $147,8 \pm 48,9$. Сокращение времени операции мы связываем как с накоплением опыта и мануальных навыков роботических операций, так и с уменьшением времени затрачиваемого на «докинг». Интраоперационная кровопотеря составила 50 ± 30 мл. Средний срок начала перорального питания (дни) – 1,4. Восстановление моторики толстой кишки, отхождение газов (дни) – 1,6. Длительность пребывания в стационаре – 7,1 дня. В трех случаях была выполнена конверсия на открытую операцию, причинами конверсии были: в одном случае неконтролируемое кровотечение из сосудов брыжейки сигмовидной кишки, в двух других – местнораспространенный характер роста опухоли не выявленный при стандартном предоперационном обследовании. Послеоперационные осложнения отмечены у пятерых пациентов (9,2%). В двух случаях – несостоятельность сигморектоанастомоза, в двух случаях – ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, еще в одном случае – послеоперационное кровотечение на 2-е сутки после операции на фоне гипертонического криза. Летальных исходов зафиксировано не было. Онкологические результаты: количество удаляемых лимфатических узлов от 16 до 23 (18,6). Во всех случаях проксимальный и дистальный края резекции находились вне опухоли. 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 прецизионности по сравнению с традиционной лапароскопической техникой. Однако, целесообразность выполнения роботических операций на ободочной кишке, учитывая их высокую стоимость и большую продолжительность, по сравнению с лапароскопическими, требует проведения дальнейших исследований для оценки преимуществ и недостатков операций на толстой кишке с использованием робототехники.

404. ДЕТЕРМИНАНТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Шабанова Н.Е., Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Тлехурай Р.М., Рябчун В.В., Дряева Л.Г., Р.Ш.Сиюхов

Краснодар

Шабанова Н.Е. (1,2), Дурлештер В.М.(1,2), Корочанская Н.В.(1,2), Тлехурай Р.М.(1,2), Рябчун В.В.(1), Дряева Л.Г.(1), Р.Ш.Сиюхов (1)1) ГБУЗ "ККБ №2" 2) КубГМУ

Цель: повышение эффективности и выбор тактики ведения больных с пищеводом Барретта (ПБ) на основе клиничко-морфо-функциональных и иммуногистохимических данных. Материал и методы: С 2008 г. по 2014 г. в Краевой клинической больнице №2 (ККБ №2) обследовано 497 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Клиническая картина ГЭРБ у всех обследованных по данным анамнеза была более 5 лет. Диагноз ПБ установлен у 59 пациентов. Всем больным проводили магнификационную эндоскопию («Olympus» Evis Exera GIF-150, GIF-E Япония) с хромоскопией (прижизненное окрашивание слизистой оболочки (СО) пищевода водными растворами метиленового синего 1% и Люголя 1%) с последующей биопсией измененной СО. С целью дифференциальной диагностики реактивной пролиферации и дисплазии в СО ПБ и определения типа метаплазии СО пищевода проводили иммуногистохимическое исследование (ИГХ) срезов биоптатов на секреторные муцины MUC2, MUC5AC, маркеры цитокератинов СК7, СК20, а также на ядерный антиген пролиферирующих клеток Ki-67. Проводили суточную рН-метрию и рН-импедансометрию пищевода и полипозиционную рентгенографию желудочно-кишечного тракта. Результаты: При морфологическом исследовании выявлена желудочная метаплазия (ЖМ) у 26 (42%), кишечная метаплазия (КМ) обнаружена только у 5 (8%) больных, а в комбинации с желудочным типом – у 28 (45,2%) пациентов. При ИГХ меткой эпителиоцитов зоны метаплазии является MUC5AC, который экспрессируется поверхностными эпителиоцитами и псевдобокаловидными клетками. При избирательном выявлении MUC2 эпителиоциты зон ЖМ обычно не дают реакции, однако у 15,4% пациентов были выявлены единичные эпителиоциты с положительно окрашенными гранулами на MUC2. У всех пациентов с ЖМ при выявлении цитокератинов положительную реакцию на СК 7 обнаруживают только поверхностные эпителиоциты, а на СК 20 – окрашиваются как поверхностные, так и железистые эпителиоциты кардиальных желез. При КМ в зоне ПБ появляются бокаловидные клетки, такие участки метаплазии наиболее часто (63,6%) встречаются при коротком сегменте ПБ. При этом бокаловидные клетки этих зон обнаруживают присутствие как кишечного муцина MUC2, так и желудочного MUC5AC, а секрет этих клеток содержит нейтральные муцины и сиаломуцины. Сохранившиеся желудочные эпителиоциты метаплазированного участка дают положительную реакцию на муцин MUC5AC. Эти клетки имеют отрицательную экспрессию желудочного муцина MUC5AC. При завершённой КМ, как правило, имеет место смещение зоны пролиферации вниз и большинство Ki 67 позитивных ядер выявляются в клетках, расположенных в области дна желез. На основе полученных данных следует считать прогностически неблагоприятным незавершённый тип кишечной метаплазии, связанный с

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

появлением эпителиоцитов толстокишечного типа, с гистохимически выявляемыми кислыми муцинами, а также любой тип метаплазии с пониженной экспрессией MUC5AC и/или MUC2, и Ki 67 позитивными ядрами. Выводы: Всем пациентам с ПБ необходимо проводить полный комплекс исследований, обязательно включающий морфологическую и ИГХ оценку СО пищевода, которые оценивают степень метаплазии и дисплазии. Таким образом, результаты морфологического и ИГХ исследования пациентов с ГЭРБ, осложненной ПБ, позволяют выявить больных с высоким риском онкотрансформации и своевременно начать лечение. Морфологическими и иммуногистохимическими показаниями к проведению хирургического лечения у больных с ПБ являются: наличие желудочной и кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода с гистохимически типизируемыми нейтральными и кислыми муцинами, положительной экспрессией эпителиоцитов СК7/20, низкой и умеренной степенью экспрессии MUC2 и MUC5AC.

405. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СЕРОМЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А., Алиев М.С.

Баку, Азербайджан

Центральная Больница Моряков Каспийского Морского Пароходства
(главный врач - проф. Рустамов Г.А.)

Наиболее частым осложнением лапароскопической герниопластики вентральных и послеоперационных грыж является формирование серомы в послеоперационном периоде (3-9%). Целью настоящей работы явилось разработка интраоперационной техники для профилактики развития серомы после лапароскопической герниопластики. У 25 больных с пупочной грыжей во время лапароскопической герниопластики после опорожнения грыжевого содержимого было произведено прижигание грыжевого мешка с применением LigaSure в режиме коагуляции. В дальнейшем производилась фиксация полипропиленовой сетки к дефекту передней брюшной стенки ранее нами описанной методикой (Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А., 2011). В контрольной группе больным коагуляция грыжевого мешка не производилась. В обеих группах больным давящая повязка была применена в области бывшего грыжевого дефекта на протяжении 10-14 суток после операции. В послеоперационном периоде (1-3 месяцев) у двух больных в контрольной группе отмечалось возникновение серомы, которая была ликвидирована через кожной пункцией. В основной

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

группе больных развития серомы в послеоперационном периоде не наблюдалось. Таким образом, для профилактики возникновения серомы в послеоперационном периоде у больных с лапароскопической герниопластикой помимо применения давящей повязки, может быть использована коагуляция грыжевого мешка перед фиксацией полипропиленовой сетки к передней брюшной стенке. Данный способ легко применим, не увеличивает продолжительности операций, является безопасным и не требует дополнительных инструментарий.

406. Дифференциальный подход в расстановке троакаров при лапароскопическом лечении ГПОД в зависимости от конституционального типа пациента.

Буриков М.А., Шульгин О.В., Сказкин И.В.

Ростов-на-Дону

ФГБУЗ ФМБА России ЮОМЦ РКБ

В статье представлен 7-летний опыт лапароскопического лечения ГПОД. Распространенность данного заболевания и частота оперативного лечения требует отработанных технических приемов, способствующих упрощению процесса оперативного лечения. Технология лапароскопических вмешательств подразумевает в первую очередь рациональную расстановку портов. В своей работе мы отталкивались от дифференциации опер лечения в зависимости от конституционального типа пациента. Цель-оптимизировать оперативное лечение ГПОД. материалы и методы: проанализированы результаты лечения 117 пациента с диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, с 2007 по 2012 гг. находившихся в хирургическом отделении РКБ г. Ростова-на-Дону. Из них мужчины 41 человек (35.1%), женщины - 76 (64.9%). Средний возраст пациентов 57.8 лет. Показаниями к оперативному лечению являлись клиника рефлюкс-эзофагита (изжога, боли за грудиной), макроскопическая картина при ФЭГДС (воспалительные, эрозивные и язвенные поражения пищевода, рубцовые изменения стенки пищевода), наличие признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы при рентген-исследовании. В ходе накопления практического опыта мы отметили значимую разницу оперативного пособия при лапароскопическом лечении пациентов с различным типом телосложения. Опытным путем были выделены 2 группы: пациенты с 1. макросоматическим и 2. мезо-микросоматическими типами. Различия в оперативном пособии потребовали различных подходов в способе расстановки троакаров. Способ введения троакаров при

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

макросоматическом типе пациента: 1) 11 мм троакар вводят на 20 см ниже мечевидного отростка; 2) 11 мм троакар вводят по средней линии, на 1 см ниже мечевидного отростка; 3) 11 мм троакар вводят по передней подмышечной линии слева, на 3 см ниже реберной дуги; 4) 5 мм троакар вводят по среднеключичной линии справа, на 4 см ниже реберной дуги; 5) 5 мм троакар вводят по среднеключичной линии слева, на пересечении с линией, соединяющей второй и третий троакары. Способ введения троакаров при мезосоматическом и микросоматическом типах пациентов: 1) 11 мм троакар вводят через пупок; 2) 11 мм троакар вводят по средней линии, на 1 см ниже мечевидного отростка; 3) 11 мм троакар вводят по переднеподмышечной линии слева, на середине расстояния между нижнем краем реберной дуги и передневерхней подвздошной остью; 4) 5 мм троакар вводят, по среднеключичной линии справа, на 2 см ниже края реберной дуги; 5) 5 мм троакар вводят по среднеключичной линии слева, на 2 см ниже края реберной дуги. Эффективность оценивалась по общему времени операции, удобству и скорости выполнения задней курорафии и наложению циркулярной манжеты, кровопотере, прочим операционным осложнениям. Получено достоверное сокращение среднего времени операции при выполнении данной методики расстановки тротуаров по сравнению с контрольной группой, установлена хорошая визуализация и удобство манипулирования инструментами, возможность быстрого и технически простого доступа к ножкам диафрагмы для выполнения задней курорафии, возможность симультанного выполнения холецистэктомии без установки дополнительных троакаров. Снижение кровопотери и низкое количество интраоперационных осложнений. Таким образом предложенный дифференцированный подход расстановки троакаров в зависимости от конституционального типа можно рекомендовать для применения в стационарах общехирургического профиля, при лечении ГПОД.

407. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Панёнков А.Н., Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И.

Хабаровск

Дальневосточный государственный медицинский университет

По данным литературы ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка наблюдается у 1,7–10,5% больных с острым аппендицитом,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

причем частота осложнений и летальных исходов при такой локализации возрастает. Последнее связано с более сложной его диагностикой ввиду нетипичной клинической картины, что нередко приводит к выполнению аппендэктомии на этапе тяжелых осложнений. Цель исследования – улучшение результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения пациентов с острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка в возрасте от 15 до 79 лет, находившихся в городской клинической больнице № 11 г. Хабаровска, которая является базой кафедры хирургии ФПК и ППС ДВГМУ. Аппендэктомия была выполнена у 178 больных с острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка из 4205 пациентов, перенесших аппендэктомию за период времени с января 1996 по июнь 2014 года, что составило 4,23%. Все больные были разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 73 пациента, оперированных с января 1996 по декабрь 2002 года. В этот период времени при оперативном лечении острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка применялась, в основном, «открытая» аппендэктомия, выполняемая через косой переменный доступ или нижнесрединную лапаротомию, как правило, без предшествующей лапароскопии. В основную группу вошли 105 больных, оперированных с января 2003 по июнь 2014 года. В этой группе больных были расширены показания к применению диагностической и лечебной лапароскопии, а выбор оперативного доступа (лапаротомный, лапароскопический и видеоассистированный) нередко осуществлялся в зависимости от варианта ретроперитонеального расположения червеобразного отростка и наличия осложнений острого аппендицита, выявленных при лапароскопии. Достоверность полученных относительных величин оценивалась с применением дисперсионного анализа. Результаты. Изменение тактики ведения больных с острым аппендицитом сопровождалось статистически значимыми изменениями ряда показателей. Так, частота диагностических лапароскопий статистически значимо ($p < 0,05$) возросла с 9,6% случаев в контрольной группе до 60,9% – в основной группе. Это позволило на этапе диагностики правильно установить диагноз ретроперитонеального аппендицита в 96% случаев. В свою очередь это позволило статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшить частоту выполнения аппендэктомии через срединный лапаротомный доступ с 35,6% в контрольной группе до 18,1% – в основной группе. Также наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение частоты выполнения лапароскопической аппендэктомии с 0% до 10,5% случаев и видеоассистированной аппендэктомии с 1,4% до 15,3% случаев соответственно. Расширение показаний к малоинвазивным вмешательствам при остром аппендиците при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка позволило статистически значимо ($p < 0,05$) снизить частоту нагноений операционных ран с 23,3% в контрольной группе до 15,2% – в основной, а частоту осложнений со стороны брюшной полости – с 10,9% до 7,6% соответственно. Кроме того, в последние годы нами разработаны щипцы для извлечения органов из брюшной полости при лапароскопических операциях (патент РФ №2013121965 от 13 мая 2013; авторы: Н.В. Ташкинов, А.Н. Панёнков), которые позволяют извлекать червеобразный отросток любых размеров без

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

расширения 10-миллиметровой троакарной раны. Вывод. Расширение показаний к диагностической лапароскопии, лапароскопической и видеоассистированной аппендэктомии по показаниям у больных с ретроперитонеальным расположением воспаленного червеобразного отростка позволяет своевременно установить диагноз острого аппендицита, выбрать оптимальный оперативный доступ и снизить частоту послеоперационных осложнений как со стороны раны, так и со стороны брюшной полости. >

408. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Лядов В.К., Коваленко З.А., Козырин И.А.

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ

Введение. Радикальные лапароскопические резекционные вмешательства при опухолях поджелудочной железы и периампулярной зоны в настоящее время широко внедряются в практику специализированных панкреатологических центров. Основным преимуществом лапароскопического доступа в хирургической панкреатологии является снижение травматичности вмешательства для обеспечения раннего послеоперационного восстановления и минимизации хирургического стресса. В настоящем сообщении представляем наш первый опыт лапароскопических проксимальных и дистальных резекций поджелудочной железы. Материалы и методы. Лапароскопические резекционные вмешательства на поджелудочной железе (лапароскопическая дистальная резекция – лап. ДР, и лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция – лап. ПДР) внедрены в практику клиники хирургии и онкологии ФГБУ ЛРЦ в сентябре 2013г. В период с сентября 2013 по декабрь 2014 выполнено: 7 лап. ДР, 5 лап. ПДР и 1 лапароскопическая энуклеация опухоли головки поджелудочной железы. Показаниям к вмешательствами являлись резектабельные кистозные и солидные опухоли поджелудочной железы и периампулярной зоны. Лап. ДР выполняли из 5 троакарных доступов, расположенных веерообразно вокруг пупка. На начальном этапе работы железу пересекали с помощью линейного сшивающего аппарата, однако в дальнейшем мы стали выполнять этот этап операции при помощи УЗ-ножниц. Лап. ПДР выполнялась из 6 троакарных доступов со стандартным объемом лимфодиссекции. Реконструкцию осуществляли на 1 петле – интракорпорально формировали панкреатознтеро- и

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гепатикоэнтероанастомозы, препарат извлекали через минилапаротомию в эпигастрии и через нее же формировали гастроэнтероанастомоз. У всех пациентов, перенесших лапПДР, отмечена неизменная поджелудочная железа и диаметр вирсунгова протока не более 2 мм, в связи с чем формировали инвагинационный анастомоз однорядным узловым швом. В послеоперационном периоде применяли унифицированный комплексный протокол ускоренной послеоперационной реабилитации. Результаты. Отдельно проанализированы непосредственные результаты проксимальных и дистальных резекций поджелудочной железы. Лап. ДР, энуклеация: средняя продолжительность операции 208 мин (80-270), средняя интраоперационная кровопотеря 57 мл (50-100), послеоперационный койко-день 12 (6-17). Панкреатические фистулы развились у 6 больных, из них клинически значимые в 4 случаях. Летальных исходов не было. У 2 пациентов 2 больных были повторно госпитализированы в стационар: 1 по поводу неадекватно дренированного панкреатогенного жидкостного скопления, Лап. ПДР: средняя продолжительность операции 450 мин (355-525), средняя кровопотеря 160 мл (100-300), послеоперационный койко-день 11 (9-16). Осложнения отмечены у 4 больных, в т.ч. тяжелые (степень III-IV по Dindo-Clavien) у 3: несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза с полиорганной недостаточностью, панкреонекроз культи железы, потребовавший ее экстирпации, а также позднее (18 сут) внутрипросветное аррозионное кровотечение из среза поджелудочной железы, приведшее к геморрагическому шоку и гибели пациента. При неосложненном раннем послеоперационном периоде все пациенты после лапароскопических вмешательств были полностью активизированы к 3-м суткам с объективной оценкой уровня физической активности идентичной предоперационным. При отсутствии ранних послеоперационных осложнений время пребывания в ОРИТ составило 6-12 ч. Выводы. Наш первый опыт радикальных лапароскопических вмешательств на поджелудочной железе свидетельствует об их технической выполнимости и приемлемой продолжительности. Высокое количество осложнений мы связываем с периодом накопления опыта подобных вмешательств. Основным преимуществом лапароскопического доступа является уменьшение хирургической травмы и операционного стресса, что позволяет оптимизировать протоколы ускоренной послеоперационной реабилитации.

409. ОПЫТ РАДИКАЛЬНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Лядов В.К., Козырин И.А., Коваленко З.А.

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ

Введение. Радикальные лапароскопические вмешательства при раннем и местно-распространенном раке желудка являются одним из перспективных направлений хирургии желудка. Снижение травматичности вмешательства приводит к уменьшению количества инфекционных осложнений и сокращению длительности госпитализации. Нами представлены начальные результаты освоения лапароскопических резекций желудка и гастрэктомий при раке в отделении хирургической онкологии ФГБУ «ЛРЦ». Материалы и методы. Лапароскопические резекции желудка и гастрэктомии по поводу рака выполняются в отделении хирургической онкологии с конца 2012 г. За этот период выполнено 24 операции, включая 19 дистальных резекций и 5 тотальных гастрэктомий. Всего было 14 женщин и 10 мужчин, средний возраст пациентов составил 62 года (33-80). У 3 пациентов перед операцией была проведена неоадьювантная полихимиотерапия. Оперативный доступ: 5 троакаров веерообразно вокруг пупка, также в ряде случаев через 5 мм прокол в эпигастрии устанавливали ретрактор Натансона для ретракции левой доли печени. Троакар в левом мезогастррии при гастрэктомии смещали ниже пупка для облегчения мобилизации Ру-петли. Лимфодиссекцию выполняли с помощью гармонического скальпеля Harmonic Ace. Все операции выполнены с сохранением селезенки. Реконструкцию при дистальных резекциях желудка на начальном этапе работы выполняли по Ру, в дальнейшем по Бильрот-I. При гастрэктомии реконструктивный этап у всех пациентов выполнен по Ру. Результаты. Госпитальной летальности не было, одна пациентка с местно-распространенным раком погибла через 2 месяца после операции от прогрессии заболевания. Тяжелые осложнения (III-IV по классификации Dindo-Clavien) развились у 3 пациентов (несостоятельность гастро-еюноанастомоза, несостоятельность культи ДПК, панкреатогенное скопление), легкие осложнения еще у 3 пациентов. Медиана послеоперационного койко-дня составила 7 суток, однако 2 пациентов с тяжелыми осложнениями были выписаны из стационара на 34 и 40 день, соответственно. Средняя продолжительность операции составила 260 минут (150-460), лишь у 2 пациентов отмечена кровопотеря объемом 300 мл, в остальных случаях кровопотеря была минимальной. Объем лимфодиссекции D2 выполнен у 19 пациентов, в 4 случаях у пациентов с ранним раком желудка ее объем был уменьшен до D1+. Среднее количество удаленных лимфатических узлов составило 21 (6-45). По итогам патоморфологического исследования у 11 пациентов выявлен рак желудка стадии 0-I, у 7 больных стадии II, у 6 пациентов стадии III. Выводы. Несмотря на начальный этап освоения методики радикальных операций на желудке при раке, наши ранние результаты свидетельствуют о технической выполнимости, безопасности и онкологической адекватности данных вмешательств. Роль лапароскопических радикальных операций, особенно при местно-распространенном раке желудка, должна быть определена в ходе многоцентровых исследований.

410.МИНИЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ ПРОТЕЗОМ VENTRALEX ST

Хитарьян А.Г.(1), Подина М.В.(2)

Ростов-на-Дону

1)НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный2)ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Пупочные грыжи одно из самых распространенных заболеваний брюшной стенке, а герниопластика по поводу пупочной грыжи одна из наиболее частых общехирургических операций. История развития хирургии пупочных грыж весьма разнообразно и прошла этапы от обычного ушивания пупочного кольца, дубликатурной пластики, пластики без натяжения с использованием местных тканей, например переднего листка апоневроза прямых мышц живота или наружной косой мышцы живота и, наконец, аллопластик с использованием синтетических сеток, которые было предложено устанавливать сверху апоневроза - on lay или перед прямыми мышцами живота - in lay. Многочисленные методы герниопластики имеют свои преимущества и недостатки и, обычно, в арсенале любого хирурга имеется несколько методик, которыми пользуются дифференцированно в зависимости от клинической ситуации. Если для пупочных грыж больших и средних размеров тактика общепринятая - доказана целесообразность пластики без натяжения с использованием синтетических материалов, то для пупочных грыж малых размеров тактика не до конца однозначна - ушивание пупочного кольца малотравматично но чревато высокой частотой рецидивов, в том числе и у лиц сохранным мышечно-апоневротическим каркасом передней брюшной стенки, полноценная пластика без натяжения с аллопротезированием является не оправданно травматичной, тем более, что такие виды пупочных грыж часто встречаются у молодого контингента пациентов. У данной группы больных оправдано применение минилапароскопической технологии лечения с применением протеза Ventralex ST. Для данной технологии подходят ранее не оперированные пациенты с размером грыжевых ворот менее 3,5 см. Операция выполняется через кожный разрез в области пупочного выпячивания и один дополнительный троакарный доступ 5 мм. Под общим обезболиванием в левом отделе брюшной стенки устанавливается 5 мм троакар, хирург убеждается в отсутствии спаечного процесса в брюшной полости и приращения петель кишечника к грыжевому мешку, затем надсекается кожа длиной до 2 см в области грыжевого выпячивания, через который удаляется грыжевой мешок и его содержимое. Это происходит легко, так как после минилапароскопии хирург уверен, что ни каких опасностей повреждения органов при работе с грыжевым мешком нет. Затем в брюшную полость вводится устройство

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Ventralex, которое 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 см герниотомический разрез, после чего происходит самостоятельное развертывание сетки благодаря плотному полипропиленовому каркасу. После установки устройства Ventralex лапароскопически осуществляется контроль качества установки протеза, операция заканчивается наложением 3-х кожных швов. Вместе с тем, использование obturационных протезов ограничено при размерах грыжевых ворот более 3,5 см, атрофии тканей в области грыжевых ворот, прямых мышц живота, выраженного их диастаза, поскольку существует опасность "проваливания" протеза в грыжевые ворота, его деформации в брюшной полости и появления доступа кишечника к проленовой части протеза, что опасно самым тяжелым осложнением - спаечной тонкокишечной непроходимостью, а также рецидивом грыжи. В такой ситуации, отдают предпочтение герниопластики без натяжения с использованием синтетического протеза. Клинический осмотр, пальпация не дает четкого представления об истинном размере грыжевых ворот, особенно при невправимых пупочных грыжах и состоянии апоневроза белой линии живота прилежащего к грыжевым воротам белой линии живота, переднего и заднего листка апоневроза прямых мышц живота. Предлагаемый способ хирургического лечения пупочных грыж предусматривает дооперационное обследование пациента, предусматривающий клинический осмотр, ультразвуковое сканирование передней брюшной стенки в области грыжевых ворот и передней брюшной стенки, определения и накожной маркировки под сонографическим наведением истинной площади грыжевых ворот и площади истончения апоневроза менее 3 мм. При площади грыжевых ворот менее 12 см квадратных и зоны истончения апоневроза менее 70 см квадратных выполняют лапароскопическую герниопластику obturационным композитным протезом. При большей площади грыжевых ворот или зоны околопупочного истончения белой линии живота выполняют герниопластику без натяжения с использованием сетчатого протеза. Использование obturационных протезов Ventralex ST имеет несомненные преимущества: малый доступ (сопоставимый с размером протеза в свернутом состоянии при введении его в брюшную полость), малая травматичность (отсутствует необходимость рассечения мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки), практически безлигатурный способ фиксации протеза (фиксируется одной лигатурой), малая продолжительность операции (10-15 мин), крайне низкий риск хирургической инфекции из-за отсутствия раны в подкожной клетчатке и атравматичности при работе с передней брюшной стенки, отсутствия условий для образования сером, гематом, практически отсутствие болевого синдрома после операции, быстрая реабилитация больных (срок пребывания в стационаре 24-48 ч). В Дорожной больнице СКЖД технология была использована на 108 больных, осложнений не было.

411. Возможности эндоскопического стентирования в лечении стенозирующих опухолей толстой кишки, осложненных кишечной непроходимостью.

Гладышев Д.В. (1), Коваленко С.А. (1), Моисеев М.Е. (1), Гнедаш С.С. (1), Врублевский Н.М. (1), Эфендиев А.О. (1), Болдырева Е.В. (1), Трусов И.А. (1), Шелегетов Д.С. (2).

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ Городская больница №40, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, Россия. 2) ФГБВОУ ВПО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ

Хирургические подходы к лечению осложненных форм колоректального рака мало меняются на протяжении многих десятилетий, и в первую очередь направлены на спасение жизни больного, а не на улучшение её качества и продолжительности. Паллиативные и симптоматические операции выполняются почти в 44% случаев, а послеоперационная летальность достигает 46,5%. Альтернативой оперативному вмешательству (обструктивная резекция) при раке толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью является реканализация области опухолевого стеноза путем его эндопротезирования (стентирование). Целью исследования является оценка непосредственных результатов эндоскопических стентирований при лечении пациентов, страдающих раком толстой кишки, осложненным нарушением кишечной проходимости. В период с мая 2012 года по декабрь 2014 года нами выполнено 31 эндоскопическое стентирование при опухолевом стенозе колоректальной локализации. Мужчин было 16, женщин – 15. Возраст от 41 до 78 лет. ИМТ от 21,5 до 35,4. Степень кишечной непроходимости: компенсированная – 14, субкомпенсированный – 17. Локализация стенозированного участка: прямая кишка - 6, ректосигмоидный отдел - 4, сигмовидная кишка - 7, нисходящий отдел - 8, селезеночный изгиб - 2, поперечная ободочная кишка - 1, печеночный изгиб - 2, восходящий отдел - 1. Целями эндоскопического стентирования являлись: 1) устранение нарушения кишечной проходимости путём восстановления просвета кишки и декомпрессии приводящих отделов на период дообследования и подготовки к плановому оперативному лечению. 2) симптоматическая малоинвазивная помощь больным, не подлежащим радикальному оперативному лечению с целью сохранения качества жизни. Непосредственные хирургические результаты: адекватная декомпрессия была достигнута у 29 пациентов, у двух пациентов отмечена миграция стента, произведена коррекция. Осложнения отмечены в двух случаях: в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

одном – кровотечение из опухоли, остановлено консервативно, во втором случае перфорация опухоли стентом, выполнена экстренная операция. Средний койко-день составил 3 дня. Средний срок до плановой операции 18 дней. Летальных исходов зафиксировано не было. В дальнейшем 20-ти пациентам выполнено радикальное оперативное вмешательство, 5 из которых получили неoadъювантную ХЛТ. Паллиативное оперативное лечение выполнено 2 пациентам. 4 пациента направлены на паллиативную химиолучевую терапию. Эндопротезирование, как метод малоинвазивной предварительной декомпрессии толстой кишки с хорошим непосредственным результатом даёт возможность «перевести» неотложного пациента в категорию планового, что позволяет снизить число осложнений и послеоперационную летальность. Внедрение данной методики (эндоскопического стентирования) в клиническую практику возможно лишь при хорошей организации круглосуточной эндоскопической службы, наличие инструментального оснащения. Выбор стента зависит от локализации опухоли, её протяжённости, а также плана дальнейшего лечения.

412. РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМИ СМЫВАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Лядов В.К., Козырин И.А., Коваленко З.А.

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ

Введение. Радикальные лапароскопические вмешательства при раннем и местно-распространенном раке желудка являются одним из перспективных направлений хирургии желудка. Снижение травматичности вмешательства приводит к уменьшению количества инфекционных осложнений и сокращению длительности госпитализации. Нами представлены начальные результаты освоения лапароскопических резекций желудка и гастрэктомий при раке в отделении хирургической онкологии ФГБУ «ЛРЦ». Материалы и методы. Лапароскопические резекции желудка и гастрэктомии по поводу рака выполняются в отделении хирургической онкологии с конца 2012 г. За этот период выполнено 23 операции, включая 18 дистальных резекций и 5 тотальных гастрэктомий. Всего было 13 женщин и 10 мужчин, средний возраст пациентов составил 62 года (33-80). У 3 пациентов перед операцией была проведена неoadъювантная полихимиотерапия. Оперативный доступ: 5 троакаров веерообразно вокруг пупка, также в ряде случаев через 5 мм прокол в

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

эпигастрии устанавливали ретрактор Натансона для ретракции левой доли печени. Троакар в левом мезогастррии при гастрэктомии смещали ниже пупка для облегчения мобилизации Ру-петли. Лимфодиссекцию выполняли с помощью гармонического скальпеля Harmonic Ace. Все операции выполнены с сохранением селезенки. Реконструкцию при дистальных резекциях желудка на начальном этапе работы выполняли по Ру, в дальнейшем по Бильрот-I. При гастрэктомии реконструктивный этап у всех пациентов выполнен по Ру. Результаты. Госпитальной летальности не было, одна пациентка с местно-распространенным раком погибла через 2 месяца после операции от прогрессии заболевания. Тяжелые осложнения (III-IV по классификации Dindo-Clavien) развились у 3 пациентов (несостоятельность гастро-еюноанастомоза, несостоятельность культи ДПК, панкреатогенное скопление), легкие осложнения еще у 3 пациентов. Медиана послеоперационного койко-дня составила 7 суток, однако 2 пациентов с тяжелыми осложнениями были выписаны из стационара на 34 и 40 день, соответственно. Средняя продолжительность операции составила 260 минут (150-460), лишь у 2 пациентов отмечена кровопотеря объемом 300 мл, в остальных случаях кровопотеря была минимальной. Объем лимфодиссекции D2 выполнен у 19 пациентов, в 4 случаях у пациентов с ранним раком желудка ее объем был уменьшен до D1+. Среднее количество удаленных лимфатических узлов составило 21 (6-45). По итогам патоморфологического исследования у 11 пациентов выявлен рак желудка стадии 0-I, у 6 больных стадии II, у 6 пациентов стадии III. Выводы. Несмотря на начальный этап освоения методики радикальных операций на желудке при раке, наши ранние результаты свидетельствует о технической выполнимости, безопасности и онкологической адекватности данных вмешательств. Роль лапароскопических радикальных операций, особенно при местно-распространенном раке желудка, должна быть определена в ходе многоцентровых исследований.

413. МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Столин А.В., Нишневич Е.В., Прудков М.И.

г. Екатеринбург

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Цель исследования - показать возможности традиционной холецистэктомии из лапаротомного доступа, лапароскопической и мини-

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

ассистированной холецистэктомии, эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), чрескожно чреспеченочной пункции и дренирования желчных путей (ЧКЧП) при лечении пациентов с осложнениями желчно-каменной болезни. Материал исследования - отобранные «слепым» методом 287 пациентов с осложнениями холелитиаза оперированные в клинике в 2012- 2013 гг. Результаты – из оперированных 287 пациентов: 212 больных (73,9%) острым калькулезным холециститом (ОКХ); 68 (23,7%) – холангиолитиазом, механической желтухой (МЖ) и 7 (3,4%) - холангиолитиазом, острым гнойным холангитом (ОГХ). Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 134 (63,2%) больных ОКХ. Показаниями считали: наличие признаков острого холецистита; отсутствие признаков холангиолитиаза и срок с начала заболевания менее 48 часов. Во всех остальных случаях операцией выбора являлась холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа, которая была выполнена у 78 (36,8%) пациентов ОКХ. ЭПСТ произведена 41 (60,3%) больным МЖ. Показаниями являлись: отсутствие признаков деструктивных форм ОКХ; размер конкрементов менее 10 мм; наличие анатомических условий для катетеризации большого дуоденального сосочка (БДС). Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа с наружным дренированием желчных протоков выполнена в 25 (36,8%) случаях. Показаниями считали: наличие признаков деструктивных форм ОКХ; крупные размеры (более 10 мм) конкрементов гепатикохоledoха; отсутствие условий для катетеризации БДС (парафатериальный дивертикул, резекция желудка по Бильрот II, гастрэктомия по Ру). ЧКЧП произведена 2 (2,9%) пациентам при отсутствии условий для катетеризации БДС. При лечении больных ОГХ операцией выбора считаем ЭПСТ – выполнена у 4 (57,1%) пациентов ОГХ. Наружное дренирование желчных протоков из мини-лапаротомного доступа выполнено у 3 (42,9%) больных. Традиционная лапаротомия в лечении больных с осложнениями холелитиаза не применялась. Выводы – малоинвазивное лечение осложненных форм ЖКБ возможно при совместном использовании современных эндохирургических технологий.

414. Возможности комплексного применения эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой.

Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Гучетль А.Я., Дынько В.Ю., Гольфанд В.В.

Краснодар

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Краевая Клиническая Больница №2» Министерства Здравоохранения Краснодарского Края (ГБУЗ «ККБ№2»)

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Количество больных с механической желтухой различной этиологии не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к небольшому росту. Данные пациенты относятся к довольно сложной категории больных. Известно, что хирургические вмешательства, выполненные на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность увеличивается до 60%. Поэтому, первым этапом в лечении данной категории больных является восстановление желчеоттока интра- или экстракорпорально и нормализация показателей биохимии крови. Целью работы было определить эффективность эндоскопических чреспапиллярных методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой различной этиологии. Материалы и методы: Работа основана на проспективном анализе 900 больных с механической желтухой, прошедших обследование и лечение в ГБУЗККБ №2 г.Краснодара за 2008-2012гг. В исследование были включены все больные с уровнем билирубина выше 20 мкмоль/л. В данной группе применялся следующий спектр эндоскопических чреспапиллярных методов: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) и литотрипсия (ЭМЛТ), эндоскопическая электрогидравлическая литотрипсия (ЭЭГЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), эндоскопическая билиарная дилатация и бужирование, эндоскопическое стентирование. Результаты: Средний возраст в данной группе больных составил 62 года. В зависимости от вида выявленной патологии 900 пациентов распределились следующим образом: ЖКБ и холецисто-холедохолитиаз – 355 пациентов, что составило 39,44%; ПХЭС и холедохолитиаз – 127 пациентов (14,11%); ЖКБ и холедохолитиаз (транзиторная желтуха) пациенты, у которых при ревизии холедоха конкрементов не обнаружено – 122 (13,56%); Хронический осложненный панкреатит со стриктурой терминального отдела холедоха – 140 пациентов (15,56%); Рубцовые стриктуры холедоха – 10 пациентов (1,11%); Рубцовые стриктуры холедоха с холедохолитиазом – 8 пациентов (0,89%); Острый панкреатит, панкреонекроз – 20 пациентов (2,22%); Ятрогенное повреждение холедоха – 7 пациентов (0,78%); С-г головки поджелудочной железы – 44 пациента (4,89%); С-г головки поджелудочной железы и холедохолитиаз – 2 пациента (0,22%); С-г холедоха различного уровня – 34 пациента (3,78%); С-г желчного пузыря – 6 пациентов (0,67%); С-г желудка – 1 пациент (0,11%); С-г БДС – 24 пациента (2,67%). При анализе структуры основной патологии видно, что наиболее частой причиной механической желтухи была осложненная желчно-каменная болезнь. В анализируемой группе гнойный холангит, как осложнение основного заболевания, выявлен у 13,33% (120 больных). Дивертикулы имели место у 139 больных (15,44%), причем у 94 (10,44%) больных БДС располагался парапапиллярно, у 45 (5%) больных имел интрадивертикулярное расположение. Мы проанализировали общее количество эндоскопических вмешательств, выполненных пациентам нашей группы, что составило 2879 вмешательств: РХПГ – 1181 (41,02%), ЭПТ – 813 (28,24%), ЭМЛЭ – 573 (19,90%), билиарное стентирование – 133 (4,62%), ЭМЛТ – 63 (2,19%), браш-биопсия – 44 (1,53%), НБД – 28 (0,97%), биопсия – 28 (0,97%), бужирование – 6 (0,21%), балонная дилатация холедоха – 5 (0,17%), ЭГЛТ – 5 (0,17%). Важным считаем показатель этапности лечения больных, т.е. количество этапов чреспапиллярных вмешательств, потребовавшихся при лечении одного

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пациента. В один этап вмешательства выполнены у 73,2% больных, в два – 17,2%, в три – 6,2%, в четыре – 2,6%, в пять – 0,7%, в шесть – 0,1%. Мы проанализировали виды и количество осложнений при эндоскопических вмешательствах в исследуемой группе больных: кровотечение из папиллотомной раны отмечалось в 9 случаях (0,72%), РХПГ-индуцированный панкреатит отмечался в 19 случаях (1,51%), панкреонекроз в 1 случае (0,08%), ретродуоденальная перфорация – в 2 случаях (0,16%). У 247 больных (27,44%) имело место транзиторная амилаземия без клинических проявлений панкреатита и не потребовавшая проведения специального лечения. Данное состояние осложнением не считали. В анализируемой группе отмечено 6 летальных исходов (0,66%). Во всех случаях смерть не связана с выполнением эндоскопического вмешательства, а обусловлена тяжелым общим состоянием больных при поступлении и прогрессированием симптомов полиорганной недостаточности. У 874 больных (97,1%) задача эндоскопического вмешательства была выполнена. У 26 больных (2,9%) эндоскопические чреспапиллярные вмешательства оказались не эффективными. Выводы: Комплексное применение эндоскопических чреспапиллярных методик показало свою высокую эффективность (97,1%) в диагностике и лечении больных с механической желтухой с невысокой частотой осложнений и неудач. Данный показатель напрямую зависит от аппаратно-инструментального оснащения лечебного учреждения и опыта врача. Основной причиной механической желтухи у больных многопрофильного стационара является холедохолитиаз (67%). Наиболее частым осложнением чреспапиллярных вмешательств этой группы был РХПГ-индуцированный панкреатит (1,5%).

415. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ТЕХНИКА ВАВА)

Лядов В.К., Неклюдова М.В., Пашаева Д.Р., Абсалямов Р.И.

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Введение. В настоящее время в мире разрабатывается эндоскопическая методика резекций щитовидной железы. Данный вариант операции позволяет не оставлять рубцов на шее пациента и минимизировать сроки реабилитации после оперативного лечения. С февраля 2014 года нами выполнено 13 подобных операций (12 гемитиреоидэктомий и 1 тиреоидэктомия). Проведен сравнительный анализ результатов

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

традиционных открытых операций при заболеваниях щитовидной железы и эндоскопических резекций щитовидной железы. Отметим, что в исследуемую группу пациенты тщательно отбирались по нескольким критериям: женский пол, молодой и средний возраст, отсутствие в анамнезе заболеваний молочных желез, отсутствие тиреоидита, размер узлового образования до 3 см, желание пациента. Цель. Изучить результаты эндоскопической резекции щитовидной железы при заболеваниях щитовидной железы. Пациенты и методы. Проведен проспективный анализ историй болезни 61 пациента, прооперированных по поводу заболеваний щитовидной железы с марта по ноябрь 2014 года. В исследуемой группе оценивались результаты 13 операций по эндоскопической методике резекции щитовидной железы (все пациентки были женщины, средний возраст $31,3 \pm 6,4$). Выполняли 2 параареолярных разреза длиной 5 мм, разрез в подмышечной впадине со стороны здоровой доли щитовидной железы длиной 5 мм и доступ в противоположной подмышечной впадине длиной 12 мм. После отсепаровки клетчатки передней поверхности шеи и инсуффляции 5 мм рт. ст. углекислого газа в межфасциальное пространство выполнялась рассечение по средней линии передних мышц шеи. Далее визуализировали щитовидную железу, рассекали ее по перешейку с помощью гармонического скальпеля. Мобилизовав пораженную долю с опухолью, пересекали нижний сосудистый пучок с мобилизацией латерального края доли. Выделив и проследив возвратный гортанный нерв на протяжении, клипировали и пересекали верхний сосудистый пучок. Гемитиреоидэктомия заканчивалась удалением препарата в контейнере через 12 мм доступ. На грудную стенку после ушивания ран накладывали давящую повязку. В контрольную группу вошли данные 38 пациентов (женщин 43, мужчин 18, средний возраст $46,3 \pm 5,8$ лет), которым была выполнена тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Статистически значимых различий по исходным характеристикам между группами не было. Результаты. В исследуемой группе отмечено одно интраоперационное осложнение: сквозное повреждение перстневидного хряща гармоническим скальпелем, что потребовало эндоскопической пластики дефекта и активного дренирования зоны операции в течение 7 суток. В контрольной группе у одной пациентки развилась гипокальциемия, требовавшая внутривенного введения препаратов кальция в течение 7 суток. Средняя продолжительность операции в исследуемой группе составила $152,2 \pm 43,9$ мин, в контрольной группе $71,1 \pm 23,2$ мин ($p > 0,05$). Средняя продолжительность госпитализации в исследуемой группе составила $2,8 \pm 0,8$ койко-дня, в контрольной группе – $1,6 \pm 0,7$ койко-дня. Выводы. Эндоскопическая тиреоидэктомия выполняема при адекватном техническом оснащении эндоскопическими инструментами и расходными материалами, а также наличии достаточного практического навыка операционной бригады. Основное преимущество данной методики – отсутствие послеоперационного рубца на шее, а также улучшенная визуализация возвратного гортанного нерва и паращитовидных желез благодаря использованию эндоскопической оптики. Необходима оценка ближайших и отдаленных результатов данных вмешательств.

416. Эндоскопическая цистогастростомия в хирургическом лечении пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы

Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П., Белевич В.А., Бояринов Д.Ю., Абдурахманов Р.Ф.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра общей хирургии

В клинике общей хирургии эндоскопическая цистогастростомия выполнена 14 пациентам с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Необходимым условием безопасного трансмурального дренирования являлась возможность выполнения вмешательства под контролем эндоскопической ультрасонографии (ЭУС). Основное внимание при ЭУС было направлено на выявление и оценку участков интимного прилегания кисты к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и наличия бессосудистой зоны, через которую возможно с наименьшим риском установить стент. У 13 больных эндоскопическое вмешательство выполнено в плановом порядке. В 1 случае на дооперационном этапе диагностировано нагноение кисты, что явилось показанием к оперативному вмешательству по срочным показаниям. Во всех случаях пациентам устанавливались саморасширяющиеся металлические стенты с покрытием. В 10 случаях использованы билиарные стенты диаметром 10 мм и длиной от 60 до 100 мм («M.I.Tech», Южная Корея). Специальные цистогастральные стенты установлены 4 пациентам («M.I.Tech», Южная Корея). В случаях нагноения кисты, наличия неоднородного содержимого в полости кисты, и, в связи с необходимостью проведения санационного промывания в послеоперационном периоде, у 8 больных был установлен цистогастроназальный дренаж. У 3 пациентов цистоназальный дренаж установлен через просвет стента, в 5 случаях – через отдельное пункционное отверстие. В 2 случаях, при наличии у пациентов наружного панкреатического свища, эндоскопическая цистогастростомия выполнялась по методике «рандеву», что позволило установить цистогастральные стенты чрескожно со стороны наружного отверстия свища на передней брюшной стенке. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде у 8 пациентов, которым были установлены билиарные стенты, потребовалось выполнить коррекцию положения стента, в связи с тем, что по мере уменьшения размеров полости, задняя стенка кисты obturировала просвет края стента, что нарушало отток содержимого. При установке специализированных цистогастральных стентов диаметром 10 мм и длиной 40 мм указанные

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

явления не наблюдались. Сроки наблюдения за пациентами составили от 2 до 14 месяцев. Во всех случаях получены хорошие отдаленные результаты. Рецидива кист не выявлено. Развитие эндоскопической техники и эндоскопической ультразвуковой навигации делают метод трансмуральной цистогастротомии, с установкой специальных саморасширяющихся металлических стентов с покрытием, наиболее перспективным в дальнейшем изучении и использовании. При выполнении вмешательства под контролем ЭУС данный миниинвазивный метод является практически безопасным. Наличие связи полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы не является противопоказанием к выполнению трансгастрального дренирования. При наличии инфицированной кисты, необходимости выполнения санационных процедур в послеоперационном периоде, возможности данного метода позволяют устанавливать цистоназальный дренаж для осуществления опосредованного доступа к полости кисты.

417. НАШ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕЛЕ У МАЛЬЧИКОВ

Акрамов Н.Р.(1,2), Галлямова А.И.(2)

Казань

1)ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» 2)ГБОУ ВПО Казанский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

В настоящее время в детской хирургии имеется тенденция к упрощению хирургических методик, и специалисты продолжают поиски по усовершенствованию методов хирургического лечения мальчиков с заболеваниями органов репродуктивной системы, в частности с гидроцеле. В связи с простотой и безопасностью видеолапароскопии в детской хирургии, имеется обоснованная тенденция к использованию хирургии малых доступов для лечения гидроцеле из-за преимуществ, которые она предлагает по сравнению классическими методами. Это делает актуальным проведение исследований с целью определения ее места в лечении гидроцеле у мальчиков. Цель исследования - разработать и внедрить методики эндовидеохирургических операций единого доступа для улучшения результатов лечения гидроцеле у мальчиков. На базе урологического отделения ДРКБ МЗ РТ в период 2013-2014 гг. было пролечено 10 мальчиков с гидроцеле с применением одностроакарной методики. Пациент располагался на спине с опущенным головным концом

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

15-20 градусов относительно горизонтальной плоскости. После установки троакара 3,5 мм в околопупочной области создавалось давление в брюшной полости 8-12 мм рт.ст. в зависимости от возраста ребенка. Под контролем лапароскопа, установленного в пупочной области, полую иглу с изгибом в дистальной части, с предварительно установленной в нее шовным материалом, проводили под брюшиной по латеральной и медиальной стороне внутреннего пахового кольца, иглу извлекали. После выведения концов нити за пределы брюшной полости формировали экстракорпоральный узел, который погружали под кожу. Операция завершалась десуфляцией воздуха из брюшной полости. Продолжительность операций составила 8-20 минут. Средняя продолжительность была 14 минут. Кровопотеря отсутствовала во всех случаях (менее 1 мл). Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Косметический результат при применении данного способа оценен нами как превосходный. Эндовидеохирургия единого доступа оценена нами как перспективный эндохирургический метод в лечении гидроцеле у мальчиков. Ее использование при хирургическом лечении мальчиков с гидроцеле позволяет реабилитировать пациентов в короткие сроки с прекрасным косметическим результатом.

418.Эффективность применения лапароскопии в комплексном лечении больных прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки

Бомбизо В.А., Буддаков П.Н., Гонтарев И.Н., Макин А.А., Удовиченко А.В.

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул

Одной из наиболее грозных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является перфорация язвы. В структуре госпитализации в неотложный хирургический стационар прободная язва занимает четвертое место [А.Е. Борисов и соавт., 2000; М.И. Кузин, 2001; П.А. Ярцев и соавт., 2002; Ф.Б. Шамигулов и соавт., 2003; З.Т. Ширинов и соавт., 2004; А.М. Шулутоко и соавт., 2005; А.П. Сажин и соавт., 2009;]. Данное осложнение характеризуется достаточно высокой летальностью больных от 5% до 30% в зависимости от длительности заболевания и распространенности перитонита [Lee C.W., Sarosi G.A. Jr., 2011]. Цель. Сравнить результаты лечения пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки традиционным («открытым») и лапароскопическим способом вмешательства. Сократить сроки

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

пребывания пациентов в стационаре и уменьшить количество послеоперационных осложнений. Материалы и методы. В КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи г.Барнаула» в период с 2010 по 2014 гг. находились на лечении 516 пациентов с прободной язвой желудка и ДПК. Преобладали пациенты мужского пола – 429 (83,1%), а женщин было – 87 (16,9%). Длительность заболевания составляла от 1 часа до 5 суток. Возраст пациентов колебался от 17 лет до 92 лет. Язвенный анамнез отметили 269 (52,1%) пациентов. Все больные были прооперированы. Перфоративная язва в желудке была обнаружена у 304 (58,9%) больных, а в двенадцатиперстной кишке – у 212 (41,1%). Традиционному оперативному вмешательству из лапаротомного доступа было подвергнуто 304 (58,9%) пациента, а видеолапароскопическое ушивание прободной язвы было выполнено у 212 (41,1%) больных. Все пациенты, которым было выполнено лапароскопическое вмешательство, были оперированы в ранние сроки (от 1 до 4 часов, в редких ситуациях, при наличии прикрытой перфорации и отсутствии генерализованного перитонита, операции проводились через сутки от начала заболевания). Противопоказаниями к использованию видеолапароскопического ушивания прободной язвы считали: выраженную клиническую картину распространенного перитонита с органной дисфункцией (как правило в поздние сроки от начала заболевания), перфоративный дефект более 0,8-0,9 мм с грубыми рубцовыми измененными. Ушивание перфоративной язвы при лапароскопии проводили с использованием атравматичной нити с наложением интракорпорального шва. В редких случаях (6,8%) закрывали линию швов прядью сальника. Затем выполняли тщательную санацию брюшной полости с установкой трубчатых дренажей. Интраоперационных осложнений при лапароскопическом ушивании не было. Конверсия доступа потребовалось 10 пациентам с выраженным периульцерозным инфильтратом и с техническими трудностями наложения интракорпорального шва. Результаты. У пациентов оперированных с применением лапароскопических технологий нами отмечено 3 (1,4%) послеоперационных осложнения: в 2 случаях – несостоятельность швов, что явилось причиной повторного оперативного вмешательства (лапаротомия с ушиванием перфоративного дефекта), а у 1 пациента в послеоперационном периоде отмечено формирование инфильтрата подпеченочного пространства, купированного в последующем консервативными методами. Среди пациентов, оперированных традиционным (лапаротомным) способом, послеоперационные осложнения возникли в 9 (3,0%) случаях: у 3 пациентов – несостоятельность швов, что потребовало резекции желудка при повторном вмешательстве, в 4 случаях инфицирование послеоперационной раны и у 2 больных отмечено формирование инфильтрата брюшной полости. Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре после лапароскопического ушивания составила 6,8 дней, а у пациентов оперированных лапаротомным доступом – 11,5 дней. Летальных исходов после видеолапароскопических вмешательств не было. В группе больных оперированных традиционными методами умерло 29 пациентов, летальность составила 5,6%. Причиной летальных исходов во всех случаях явился абдоминальный сепсис с полиорганной недостаточностью. Заключение. Лапароскопическое ушивание прободной язвы желудка и ДПК, позволяет сократить пребывание пациента в стационаре на 4,7 дня

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

(40,9%) за счет ранней активизации и уменьшения количества послеоперационных осложнений. Лапароскопия с ушиванием перфоративной язвы и санацией брюшной полости является эффективным методом лечения данной категории больных, особенно в ранние сроки заболевания.

419.ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДИВЕРТИКУЛАХ ПИЩЕВОДА

Мацак В.А.(2), Стегний К.В.(1), Шульга И.В(2)., Крекотень А.А(3)., Сарванов И.А.(2), Агапов М.Ю.(3), Шумейко В.М.(1), Сарычев В.А.(3), Карлов М.А(2)., Вишневецкая А.Н.(2), Гончарук Р.А.(1), Сорока А.К.(4), Дмитриев М.О.(4)

Владивосток

1) Тихоокеанский государственный медицинский университет;2) Приморская краевая клиническая больница №1;3)НУЗ ОКБ на станции Владивосток ОАО «РЖД»;4) Медицинский центр ДВФУ;

Дивертикулы наиболее редкая патология среди заболеваний пищевода, составляют от 1,3 до 5 %. До настоящего времени не существует безопасного и эффективного метода в лечении данного заболевания. Целью работы является сравнительный анализ методов лечения дивертикулов пищевода. Материалы и методы. Предметом изучения явились 28 пациентов с дивертикулами пищевода (ДП), из них 23(82,1%) с пищеводно-глоточным дивертикулумом (дивертикулумом Ценкера – ДЦ), 5(17,9%) – с эпинефральными дивертикулумами (ЭД). Результаты исследования. В период с 2004 по 2013 гг. прооперировано 28 пациентов с ДП. Мужчин – 20 (71,4%), женщин – 8(28,6%). Средний возраст - 47 лет. Основные жалобы: чувство дискомфорта при глотании, застревание пищи, неприятный запах изо рта. Ведущим методом диагностики явилась эзофагогастродуоденоскопия. С целью уточнения локализации и размера дивертикула производилось рентгеноконтрастное исследование пищевода. Размеры дивертикула варьировали от 1,5 до 5,5 см. Средний размер – 3,7 см. Отмечена взаимосвязь величины дивертикула и тяжестью клинической симптоматики. Все оперативные вмешательства произведены в плановом порядке. Пациентам с ЭД выполнена левосторонняя торакотомия, иссечение дивертикула в 3(10,7%) случаях. В 7%(2) случаях выполнена торакоскопия с резекцией дивертикула, одному (3,6%) больному, в связи с малым размером (до 2 см) и широкой шейкой, выполнена инвагинация дивертикула в просвет пищевода. Пациентам с ДЦ в 19 (67,8%) случаях произведена традиционная дивертикулэктомия, из них доступом

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

медиаальное кивательной мышцы прооперировано 11 (39,3%) пациентов, латеральное кивательной мышцы – 8 (28,6%) пациентов. Данный вид оперативного доступа считается наименее опасным, что связано с отсутствием крупных сосудисто-нервных пучков. Выделение дивертикула производилось под контролем эзофагогастроскопа. Для обработки шейки дивертикула применялись линейные сшивающие аппараты, с дополнительным укрыванием линии резекции отдельными узловыми, нерассасывающимися швами. Уровень болевого синдрома, в первые 3 суток, составил от 3 до 6 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), что потребовало дополнительного введения пациентам наркотических анальгетиков. Среднее количество койко-дней – 27. В 5(17,8%) случаях выполнена эндоскопически-ассистированная дивертикулэзофагостомия. Принцип метода заключается в заведении в просвет желудка двухлепесткового дивертикулоскопа под эндоскопическим контролем, с последующим введением, по контрольным меткам, линейного сшивающего аппарата и пересечением перегородки дивертикула. Уровень боли в первые сутки не превышал 2 баллов. Среднее количество койко дней – 3. Рецидив заболевания в первые 6 месяцев отмечен у 1(3,6%) пациента после традиционного вмешательства, которому в последующем выполнена степлерная эзофагодивертикулостомия. У 2(7,1%) больных после эндоскопической эзофагодивертикулостомии, потребовалась коррекция перегородки методом эндоскопического рассечения. У 1(3,6%) отмечено осложнение после эндоскопически-ассистированной манипуляции в виде перфорации грушевидного синуса. Для предупреждения развития глубокой флегмоны шеи произведено дренирование параэзофагиальной клетчатки. Летальных исходов не было. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об эффективности эндоскопически-ассистированной эзофагодивертикулостомии в лечении дивертикула Ценкера, позволяющей сократить период послеоперационной реабилитации пациентов и улучшить качество жизни пациентов.

420.Национальные клинические рекомендации по острому холецистититу с позиций ятрогенности хирургических технологий.

Натрошвили И.Г. (1), Прудков М.И. (2)

1) Кисловодск, 2) Екатеринбург

1) ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ", 2) Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП УГМА

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Национальные клинические рекомендации должны быть не просто обзором различных вариантов операций, методик, тактики, но служить руководством к действию: в каких случаях каким вмешательствам отдавать предпочтение, в какие сроки их выполнять и т.п. В 2007 г. в Токио 300 специалистами из разных стран был принято соглашение и разработано руководство на основе принципов доказательной медицины по диагностике и лечению острого калькулезного холецистита различной тяжести. В 2013 г. это соглашение подверглось некоторой коррекции. Следует учесть, что холецистэктомия из минилапаротомного доступа как вариант вмешательства в руководстве не фигурирует, и единственной альтернативой лапароскопической холецистэктомии является холецистэктомия из лапаротомного доступа. Мы проанализировали результаты оперативного лечения 652 больных острым калькулезным холециститом без протоковой патологии в клинике г. Екатеринбурга, двух клиниках г. Москвы, четырех — г. Волгограда и в ЦГБ г. Кисловодска, уделяя особое внимание безопасности холецистэктомий, выполненных лапароскопическим, мини- или лапаротомным доступами, разделив пациентов на группы по тяжести острого холецистита согласно Токийскому соглашению. Тяжесть возникших интра- и послеоперационных осложнений оценивали по шкале Accordion, дополнительно использовали балльную оценку. С целью сравнения безопасности вмешательств мы использовали индекс ятрогенности — суммарную тяжесть осложнений в баллах, приходящуюся на одного больного. Индекс ятрогенности составил 0,34 балла для лапароскопической холецистэктомии и 0,33 балла для операции из минилапаротомного доступа: при остром холецистите легкой тяжести — 0,23 и 0,22, средней тяжести — 0,51 и 0,44, тяжелом — 0,67 и 0,50 соответственно. Индекс ятрогенности холецистэктомии из лапаротомного доступа был, в соответствующих группах, 0,53, 0,81 и 1,25. В клиниках, где используются все три варианта холецистэктомии, количество операций из лапаротомного доступа значительно меньше (9,8% всех холецистэктомий), по сравнению с теми, где холецистэктомии из минилапаротомного доступа не производятся (50,0%). Выводы: Проведенное многоцентровое исследование показало значительно большую безопасность малоинвазивных вариантов холецистэктомии у пациентов с острым калькулезным холециститом любой тяжести, по сравнению с холецистэктомией из лапаротомного доступа. Выполнение малотравматичных операций возможно у большинства пациентов. Холецистэктомии, выполняемые лапароскопическим и минилапаротомным доступами, сопоставимы по индексу ятрогенности, выполнение лапароскопической холецистэктомии более предпочтительно в ранние сроки у больных с лёгким и неосложненным течением острого калькулезного холецистита. В случаях наличия плотного воспалительного инфильтрата и выраженных деструктивных изменений, крупных конкрементов, ранее перенесенных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости предпочтение следует отдавать холецистэктомии из минилапаротомного доступа.

421. Fast-track хирургия глоточно-пищеводного дивертикула

Мазурин В.С., Прищепо М.И., Титов А.Г.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Глоточно-пищеводные дивертикулы - наиболее часто встречающаяся разновидность дивертикулов пищевода. Дивертикулы Ценкера возникают в результате дилатации стенки при ахалазии верхнепищеводного сфинктера. Цель исследования: изучить эффективность использования принципов Fast-track хирургии в лечении глоточно-пищеводного дивертикула. За период с 2009г. по 2014г. в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского проходили лечение 32 больных с диагнозом: «глоточно-пищеводный дивертикул пищевода» (мужчин - 26, женщин - 13). Средний возраст составил 67+2года (макс-87лет, мин-35лет). Все больные были оперированы: 6 - в объеме эндоскопической эзофагодивертикулостомии; 21 - резекции дивертикула с крикомиотомией. У 5 больных операция выполнена, согласно принципам Fast-track хирургии, из видеоассистированного колярного минидоступа, разработанного в нашей клинике. В предоперационном периоде проводилась беседа с пациентом об объеме хирургического вмешательства, о тактике периоперационного периода. Больному разрешалось принимать пищу не позднее 9 часов и употреблять воду не позднее 2-х часов до операции. Премедикация больным не проводилась. Вводный наркоз - по схеме быстрой последовательной индукции анестезии с положением больного на операционном столе с приподнятым головным концом (на 30-45°) для предотвращения регургитации и аспирации из дивертикулярного мешка. Базисный наркоз - комбинированная общая анестезия с ИВЛ (севофлюран или десфлюран + фентанил), тотальная миоплегия осуществлялась дробным введением рокурония бромида. Доступ к глубоким клетчаточным пространствам шеи осуществлялся по переднему краю кивательной мышцы (миниколлотомия) длиной 2см. Через отдельный порт, расположенный медиальней и выше основного разреза для обзора раны устанавливалась видеокамера (5 мм). Операция осуществлялась с помощью эндоскопических инструментов, введенных через миниколлотомию. После выделения дивертикула до шейки и крикомиотомии выполнялась резекция дивертикула с помощью эндоскопического сшивающего аппарата, дренаж (страховочный с микроперфорациями) устанавливался на одни сутки, зондирование желудка не выполнялось. Больной переводился в общую палату хирургического отделения с последующей ранней его активацией (через 2

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

часа). В послеоперационном периоде больному разрешалось пить на следующий день после операции. На 2-е сутки возможен прием пищи по столу №1. Учитывая возраст больных с дивертикулами Ценкера, всем больным проводилась гепаринизация низкомолекулярными гепаринами. С целью послеоперационного обезболивания осуществляли внутривенную инфузию парацетамола, исключая необходимость применения опиоидных анальгетиков. Больные, оперированные согласно принципам Fast-track хирургии, выписывались на 3-и сутки после операции, что сократило срок послеоперационной госпитализации в 2,5 раза. Выводы: 1. Использование принципов Fast-track хирургии сократило срок стационарного лечения вдвое. 2. Использование видеоассистированного колярного минидоступа имеет хороший косметический результат. 3. Применение эндоскопических сшивающих аппаратов является надежным способом шва пищевода на шее.

422. ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОЖОГАМИ НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Баулин А.А., Андреев В.А., Баулина Е.А., Куприянов М.П., Баулин В.А.,
Беляков Ю.Н.

г. Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава
России

Оказание помощи больным с ожогами пищевода в разных регионах решают по-разному. Поэтому состав больных колеблется от 7 до 30%, тактика зависит от оснащения, наличия смежных специалистов, квалификации и подходов, а результат - от совокупности этих обстоятельств. В нашей области в 80-х годах было создано токсикологическое отделение на базе многопрофильной больницы при наличии отделений реанимации (специализированное), хирургии с торакальными койками, ЛОР, гнойной хирургии, эндоскопии. Это дало возможность на основе опыта других авторов выработать наиболее рациональную тактику. На первом этапе токсиколог является координатором лечения, остальные специалисты являются консультантами. По десятилетиям из 1,5млн. населения области ежегодное поступление возрастало с 40-48 -- 59-63 и до 74-86 пострадавших. Превалируют мужчины, но соотношение 1х4 изменилось на 2х3. Возрастает число суицидов – до 40%. Превалирует употребление кислот(уксусная), случайный приём в основном был при похмельном синдроме. С этим связано у

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

большинства приём в виде одного глотка, 100мл и более выпили 20%. Хотя почти 70% поступают в первые 4-6 часов, лечение представляет трудную задачу. Врачи обращают внимание не только на время, качество, дозу, состояние, но и на механизм выпивания, положение больного сразу после приёма яда и в процессе транспортировки, на попытки промывания – можно определить места наибольшего воздействия на слизистую оболочку. У всех наблюдаются поражение ротоглотки, но только у половины пищевода, у 24-34% желудка и 4-7% 12-перстной кишки. Бригады скорой помощи уже знают о методах оказания первой помощи, но в приёмном отделении первым этапом проводится быстрое промывание желудка обыкновенной холодной водой через толстый зонд. Около 40% больных сразу попадают в отделение реанимации. Совместно с ЛОР врачом осматривается ротоглотка, гортаноглотка и составляется прогноз для возможной трахеостомии. На первом этапе работы мы устанавливали толстый зонд в желудок, но потом отказались от этого в пользу раннего приёма жидкой обволакивающей пищи, различных масел на фоне противовоспалительной терапии, включая кортикостероиды до 2 недель. Приём пищи мы рассматриваем как лечебное противостенотическое мероприятие. Без явлений стеноза проходит лечение у 80-85% больных, если формируется, то к 18-21 суткам. Тогда мы и приступаем к эндоскопическому исследованию: оценке уровня, степени стеноза, характера поражения стенки пищевода, желудка или 12-перстной кишки, прогнозирования развития. Заключение эндоскописта является отправной точкой для выбора сроков для раннего бужирования пищевода в показанных случаях. Фиброэндоскопию до развития хорошего отграничения поражённых участков - мы считаем опасной в плане перфорации стенки. За почти 30-летний период мы наблюдали больных с острой перфорацией органов, глубокой флегмоной шеи, медиастинитом, плевритом и эмпиемой плевры, флегмоной желудка, кровотечениями различной степени, острой непроходимостью 12-перстной кишки, острой печёночно-почечной недостаточностью и др. У 2 больных эндоскопист попал фиброэндоскопом в средостение при разрушенной стенке пищевода. Мы наблюдали локальное поражение только препилорического отдела, стенки желудка по большой кривизне слева, начального отдела тощей кишки, что зависело от темпа приёма, положения тела после, возможно, скорости эвакуации. В связи с изменениями законодательства и лицензирования за последние годы в ранние сроки при необходимости привлекается торакальный хирург или в более поздние сроки больной переводится для решения вопроса о способе дальнейшего лечения. В области проводится изучение применения установки стентов для профилактики стенозов. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

423. НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОВОЛЖЬЕ

Баулин А.А., Куприянов М.П., Баулина Е.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А.

г. Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Заболеваемость взрослого населения язвенной болезнью хотя и несколько снизилась (с 1,7 тыс. на 100 тыс. населения до 1,4), но возросло количество осложнений (в 2-2,5 раза). Особенно это сказывается в годы при наличии напряжения в обществе. Количество плановых операций уменьшилось в 2,5 раза, количество экстренных оперативных вмешательств при осложненных гастродуоденальных язвах ежегодно увеличивается на 5-8%, за последние 15 лет количество операций выросло почти в 3 раза. Не изменилось количество больных, оперированных по поводу язвенных кровотечений (1,1 на 10000 населения), но летальность при этих операциях в 10-12 раз выше, чем при плановых операциях по поводу язвенной болезни. По послеоперационной летальности можно судить о возможностях применения эндогемостаза в том или ином регионе, об этом же говорит и оперативная активность. Поэтому чем выше оперативная активность, чем реже применяется эндогемостаз - тем выше послеоперационная летальность. В общем потоке экстренных больных с кровотечениями дифференциальная диагностика в основном завершается по результатам эндоскопии. Реализация алгоритма оказания помощи осуществляется независимо от причины и при поступлении зависит от состояния больных, которых мы делим на 3 группы в зависимости от тяжести по клиническим признакам. Первая группа: Больные в тяжёлом состоянии, если есть данные о продолжающемся кровотечении, немедленно транспортируются в операционную для кратковременной подготовки к операции или в преднаркозную палату, где осваивается центральная вена, начинается гемостатическая терапия, забирается кровь для анализов и максимально быстро выполняется ФГДС на месте. Если есть данные о продолжающемся кровотечении и остановить невозможно или в желудке большой ступок, есть свежая кровь, рассмотреть слизистую оболочку желудка и выяснить причину кровотечения невозможно, то больной подаётся также в операционную. Это больные с продолжающимся кровотечением. Когда кровотечение не продолжается или есть условия для эндогемостаза - он выполняется, и пациентов переводим в реанимацию - они присоединяются ко второй группе. При стабильном состоянии в приёмном отделении, после забора крови и мочи для исследования, больной переправляется в эндоскопический кабинет для выполнения экстренной ФГДС. Далее больные делятся на 2 потока: с угрозой возобновления кровотечения или кровопотерей тяжёлой степени - в реанимацию - вторая группа, при остановившемся кровотечении и предположительной кровопотерей не выше 1л - в отделение - третья группа. Благодаря эндоскописту, хирург фактически не предполагает, а «видит» ситуацию. Что хочет хирург от эндоскописта? Подтвердить диагноз, определить причину и локализацию, продолжается кровотечение или нет, темп кровотечения, возможность

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

рецидива, осуществить эндогемостаз или профилактику кровотечения и определиться с необходимостью и сроком ближайшего контроля. На эти вопросы мы получаем ответы. При дальнейшем наблюдении показанием к экстренному вмешательству является рецидив кровотечения. Однако, при стабильном состоянии и рецидиве, возможно выполнение эндогемостаза и мы его используем, но чаще это не удаётся, даже при наличии АПК. Всех больных второй и третьей групп мы стараемся насколько возможно стабилизировать и отсрочить им операцию. Особняком стоят больные с тромбированным крупным сосудом (Форест 2а) и фиксированным сгустком (Форест 2б). У первых – очень большая вероятность рецидива, и им необходим надёжный эндоскопический гемостаз и динамический эндоскопический контроль. У вторых – непонятно, что прикрывает сгусток, непросто определить: а что же делать. Здесь большое значение имеет опыт, оснащение эндоскописта и возможность оценки уже состоявшегося кровотечения в плане необходимости, эффективности и важности его действий и готовности хирургов к возможной операции в ближайшие дни. Чаще всего эндоскописты боятся размывать сгусток, орошают азотнокислым серебром и наблюдают. Данная ситуация непроста для оценки эндоскопистом, поэтому напрашивается какая-либо дополнительная классификация степени 2б: сгусток полный, часть прикрывает, диаметр язвы, глубина, если видны сосуды, то их диаметр и др. Поскольку большинство хирургов в первую очередь оценивают качество помощи больным с кровотечениями именно язвенной этиологии, поэтому наиболее детальный анализ и корректировку тактики проводят у этой категории пациентов. Это связано также с тем, что оперативную тактику можно довольно легко стандартизировать. Мировой опыт фактически прекратил спор, как раньше называли – радикалистов и паллиативщиков, в пользу эндоскопического гемостаза и выполнения малых, жизнеспасаяющих операций. В РФ этот спор продолжается. Многолетний анализ в большинстве клиник сформировал указанные выше группы, подтвердил, что летальность в них различается в разы. Именно в первой группе наблюдается наибольшая послеоперационная летальность от 22% до 35%, особенно высока у больных находящихся в тяжёлом состоянии и рецидивом кровотечения. Стабильные больные с продолжающимся кровотечением дают летальность 5-9%. При возможности остановить кровотечение, создать устойчивый гемостаз на 10-15 дней, компенсировать гомеостаз и потом оперировать больных имеется реальная основа получить летальность до 3%. При отсроченных операциях в плановом порядке летальность самая низкая – до 1,5%. Средняя послеоперационная летальность колеблется на уровне 9-12%. Отсюда становится ясно, что основные усилия по снижению послеоперационной летальности должны направляться на максимальное уменьшение первой группы больных, что на сегодняшний день возможно в первую очередь с повсеместным применением эндогемостаза. Поэтому результаты лечения кровотечений, в частности, в Поволжье резко разнятся: в г.Саратов (клиника проф.Ю.Г.Шапкина), где создан центр с возможностями эндоскопической остановки кровотечения, плановых этапных эндоскопий до нескольких раз за сутки, применения специального аппарата для «слепого» определения наличия крови в желудке общую летальность снизили до 3%, послеоперационную до 6%. В г.Пенза и г.Самара она остаётся на уровне 13-14% с небольшой тенденцией к снижению, а по

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

отдельным ЛПУ очень высокой. Так в 2007 году по данным ГКБСМП г.Пенза достигла 30%, по данным МИАЦ Пензенской области в 2012г. послеоперационная летальность у всей группы больных с кровотечениями составила 19% при средней по РФ на уровне 12%. Почему так? Да потому что до этого в г.Пенза была возможность применять лишь орошение язвы раствором азотнокислого серебра. В г.Самара АПК был только в онкодиспансере. Вот такие данные привёл Главный хирург РФ академик В.А.Кубышкин: укомплектованы гибким эндоскопическим оборудованием только до 62% экстренных хирургических отделений ЛПУ страны, при этом могут выполнить остановку желудочных кровотечений 44,4% специалистов, обеспечить круглосуточную эндоскопическую помощь могут в 25,9% ЛПУ. Поэтому наиважнейшее, что ждут хирурги, - оснащения и надёжного эндоскопического гемостаза, будет ещё долго невыполнимо. Видимо об аппликации и инъекции сосудосуживающих и гемостатических препаратов, введении клеевых и композитных веществ, спирта, радио- и диатермокоагуляции, лазерной фотокоагуляции, клипировании сосудов, аргоно-плазменной коагуляции, криовоздействия, эндошвы и других, как методов гемостаза, мы пока будем читать в сообщениях отдельных клиник. Остаётся снова только дискутировать, как в старое доброе время, о выборе метода операции: паллиативном или радикальном. Однако, большинство хирургов признают, что без эндогемостаза или его неэффективности, нужно стремиться к малоинвазивному вмешательству и выполнению операции с наиболее надёжным гемостазом. Именно это можно противопоставить такому тяжелейшему осложнению язвенной болезни как кровотечение. Всё же, и сейчас, и при достаточном оснащении самая тяжёлая группа больных лишь несколько уменьшится, но не исчезнет совсем. Именно в этой группе надо искать подходы выполнения оперативного гемостаза с наибольшей эффективностью и тогда можно снизить послеоперационную летальность. По единичному опыту полагаем, что искать нужно в замене метода общего обезболивания на местную анестезию, которая не дестабилизирует больного в той степени, что наркоз. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

424.Вариант лапароскопической панкреатодуоденальной резекции у больного хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы

Прядко А.С., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Камалов Е.Н., Василевский Д.И., Черных Д.А.

Санкт-Петербург

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Хирургическое лечение хронического панкреатита является непростой задачей, применительно к выбору варианта оперативного пособия. Современной тенденцией в лечении таких пациентов является возможно большее применение малоинвазивных, в том числе и лапароскопических методик. До недавнего времени лапароскопические пособия сводились к различным вариантам наружного или наружно - внутреннего дренирования полостных образований, наложению билиодигестивных соустьев, устранению холедохолитиаза. Известно, что у 3 - 15% больных ХП единственно возможным вариантом устранения симптомов и осложнений ХП, является выполнение панкреатодуоденальной резекции. Наиболее это оправдано при наличии стеноза двенадцатиперстной кишки, либо при невозможности исключения развития опухолевого процесса в измененной головке ПЖ. Обладая опытом выполнения традиционных ПДР как при раке ПЖ, так и при ХП а также исходя из опыта выполнения 7 лапароскопических ПДР при раке ПЖ, мы представляем наш первый случай осуществления ПДР лапароскопическим способом у пациентки с хроническим панкреатитом. Пациентка Л. 48 лет, с жалобами на стойкие боли в эпигастрии, потерю веса. Анамнез заболевания около 7 лет, длительный алкогольный анамнез. Вес пациентки 48 кг, ИМТ 18,76. В лабораторных анализах отмечались признаки железодефицитной анемии легкой степени, незначительное повышение трансаминаз, амилазы в крови. При УЗИ, Эндо-УЗИ, КТ и МРТ выявлено: головка поджелудочной железы более 4,5 см, содержит округлое тканевое образование до 2,5 см в диаметре, прилежащее к интрапанкреатической части холедоха. Внутривенные протоки умеренно расширены. Холедох конически сужен в дистальной трети. При компьютерной томографии образование не накапливало контрастное вещество, хотя не исключалась опухолевая природа образования. По результатам тонкоигольной пункционной биопсии под контролем ЭНДОУЗИ на фоне хронического воспаления и фиброза обнаружены пласты клеток с атипией и полиморфными ядрами, подозрительных в отношении протоковой аденокарциномы. У больной диагностирован хронический фиброзирующий панкреатит с преимущественным поражением головки с невозможностью исключения протоковой аденокарциномы в измененной головке поджелудочной железы. Принято решение о выполнении лапароскопической ПДР. Оперативное вмешательство выполнялось на Лапароскопической стойке Karl Storz с применением ультразвукового скальпеля J&J HARMONIC, сшивающих аппаратов Ethicon и инструментов V.Braun После пересечения желудочно-ободочной связки выполнялась мобилизация нижнего края головки и перешейка ПЖ, крючковидного отростка ПЖ с контролем и визуализацией вороной и верхней брыжеечной вены. Далее мобилизовалась ДПК и задняя поверхность головки ПЖ с визуализацией аорто-кавального промежутка. Такой подход позволил достоверно убедиться в операбельности пациента до пересечения каких-либо структур. В последующем выделялась и лигировалась гастродуоденальная артерия. Поджелудочная железа была пересечена по перешейку. Далее выполнялась холецистэктомия и пересечение общего печеночного протока проксимальнее места впадения пузырного протока. ДПК пересекалась линейным аппаратом Echelon 45 мм. Отделение удаляемого

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

органоконплекса от фиксирующего аппарата головки и крючковидного отростка ПЖ производилось ультразвуковым скальпелем HARMONIC. Последовательность реконструкции: 1. Панкреатодигестивный анастомоз инвагинационного типа наложен интракорпорально на пластиковом стенде двухрядным швом. 1й ряд – узловые швы нитью Vicril 3/0; 2й ряд – непрерывный шов нитью Prolen 3/0. 2. Билиодигестивный анастомоз наложен позадибодочно, интракорпорально, отдельными узловыми швами Vicril 3/0. Общий печеночный проток дренирован наружу через заглушенный участок анастомозируемой петли. 3. Дуоденоюноанастомоз наложен позадибодочно, экстракорпорально двухрядным непрерывным швом Vicril 3/0 через минилапаротомию для извлечения органоконплекса на 40 см ниже двух предыдущих анастомозов впередибодочно. Общее время операции составило 6 часов 40 минут. Суммарная кровопотеря не превышала 300 мл. Больная переведена в ОРИТ, экстубирована, активизирована в первые сутки после операции. На вторые сутки начато энтеральное питание в кишечный зонд, больная переведена в общую палату хирургического отделения. В послеоперационном периоде сформировалась панкреатическая фистула в объеме не превышающем 30 мл в день, которая закрылась самостоятельно через 14 дней на амбулаторном этапе лечения на фоне консервативной терапии и регулярных перевязок. Пациентка выписана на 14 сутки после операции. Период амбулаторного наблюдения составил 3 месяца. В результате проведенного лечения у пациентки исчезли жалобы на боль, вес увеличился на 6 кг. Выводы: Выполнение ПДР лапароскопическим способом у пациентов с хроническим панкреатитом при наличии достаточного опыта и необходимого оснащения позволяет достигнуть желаемого лечебного эффекта, уменьшить операционную травму, сократить длительность пребывания в стационаре и период послеоперационной реабилитации пациента.

425. Эндоскопические внутрипросветные операции при новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Рябов К.Ю., Рудакова М.Н., Жевелюк А.Г., Угольников С.П.

Москва

ГБУЗ ГКБ № 57 ДЗМ

За 2014 год в отделении абдоминальной онкологии выполнено 40 эндоскопических внутрипросветных операций по поводу различных новообразований желудочно-кишечного верхнего этажа желудочно-

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

кишечного тракта. С заболеваниями пищевода оперировано 5 человек. Из них – у 3-х больных диагностирована – ГИСО, у 1-го ранний рак. У 1-го пациента имело место сочетание раннего рака пищевода и ГИСО. По поводу заболеваний желудка оперировано 30 человек – из них – 5 гиперпластические рецидивные полипы, 16- ранний рак желудка, 9 – ГИСО. По поводу заболеваний двенадцатиперстной кишки оперировано 5 больных – 2 – нейроэндокринные опухоли, 3 – ГИСО. В процессе предоперационного обследования считаем обязательным выполнение эндоскопического ультразвукового исследования, для оценки инвазии эпителиальных образований и для уточнения расположения в стенке органа подслизистых образований, состояния регионарных лимфоузлов. При эпителиальных новообразованиях независимо от их локализации выполняли резекцию слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое. После выполнения разметки с помощью электрокоагуляции, создавали «подушку» в подслизистом слое. Рассечение слизистой производили с помощью ножей различной формы. После этого поэтапно рассекали подслизистый слой в пределах обозначенной зоны резекции. При операциях на пищеводе диссекцию производили в подслизистом слое с помощью электрокоагуляции. Размеры удаленного фрагмента слизистой оболочки составили от 3х3 и 10х4 см. Осложнений не отмечено. При операциях на желудке – технология вмешательства была аналогичной. Наибольшие сложности возникали при наличии склероза подслизистого слоя. Эта ситуация встретилась нам у больных с рецидивными, многократно (максимально – 7 раз) удаляемыми ранее полипами желудка. В этом случае, а также при удалении большого фрагмента слизистой оболочки желудка и сложностями в визуализации к краю рассеченной слизистой фиксировали лигатуру, которой приподнимали удаляемый лоскут для удобства манипуляций. Размеры удаленного фрагмента слизистой колебались от 3х3 см до 15х10 см. В одном случае выполнена циркулярная резекция слизистой оболочки антрального отдела желудка с переходом на канал привратника и начальный отдел луковицы двенадцатиперстной кишки по поводу раннего рака. Во всех случаях ранний послеоперационный период протекал без осложнений, однако у больной с циркулярной резекцией слизистой возник стеноз выходного отдела желудка, который потребовал проведения неоднократной баллонной дилатации в течение 6 месяцев. Пройодимость восстановлена. При вмешательствах на двенадцатиперстной кишке удаляемый фрагмент составил 2х3 и 4х5см, в одном случае произошла перфорация стенки, потребовавшая оперативного лечения. Удаление подслизистых образований в пищеводе производили во всех случаях тоннельным методом. В одном случае при локализации в абдоминальном отделе в процессе операции отмечено развитие двухстороннего пневмоторакса, пневмомедиастинума и пневмоперитонеума, при отсутствии перфорации стенки пищевода. Пневмоперитонеум ликвидирован дренированием брюшной полости. Пневмомедиастинум и пневмоторакс излечен консервативно. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. В желудке подслизистые образования были от 2 до 5 см в диаметре. В одном случае была выполнена полностенная резекция стенки, с последующим закрытием дефекта клипсами. В остальных случаях удаление образований проводили в путем вылуцивания их. В 2-х случаях отмечена микроперфорация стенки желудка, которое было закрыто

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

клиппированием. У одной больной перфорация стенки (в начале освоения методики) потребовала оперативного лечения. При локализации подслизистых образований в двенадцатиперстной кишке (размеры от 1 до 3 см) удаление проводили путем вылущивания. Особенностью явилось то, что стенка кишки значительно тоньше и подслизистый слой слабовыраженный. Осложнений не было. Таким образом, при наличии определенного опыта эндоскопические вмешательства возможны при большинстве случаев раннего рака верхних отделов желудочно-кишечного тракта, независимо от площади поражения. Удаление гастроинтестинальных стромальных опухолей этой же локализации возможно во всех случаях внутрстеночного или внутрипросветного распространения.

426. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ.

Хитарьян А.Г. (1, 2, 3), Мезиев И.А. (2), Завгородняя Р.Н. (3), Ковалев С.А. (3), Велиев К.С. (3), Алибеков А.З. (1).

1),3) - Ростов-на-Дону 2) Нальчик

1) Кафедра общей хирургии РостГМУ, 2) кафедра факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ, 3) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный"

Неврогенные опухоли являются наиболее частыми и составляют около 30% от всех первичных новообразований средостения. Они возникают из оболочек нервов (невриномы, нейрофибромы, неврогенные саркомы), нервных клеток (симпатогониомы, ганглионевромы, параганглиомы, хемодектомы). Наиболее часто неврогенные опухоли развиваются из элементов пограничного ствола и межреберных нервов, редко из блуждающего и диафрагмального нервов. Обычной локализацией этих опухолей является заднее средостение. Значительно реже неврогенные опухоли располагаются в переднем и среднем средостении. Больная С., поступила в ХО-1 ДКБ на ст. Ростов-гл. с жалобами на незначительные боли в шейно-грудном отделе позвоночника, возникающие при физической нагрузке. На выполненном МРТ исследовании обнаружено наличие образования средостения слева. Больная подготовлена для оперативного лечения. Под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией в положении больной на правом боку в 5 межреберье по средне-подмышечной линии и на 2 ребра ниже установлены троакары. В 5 и 7 межреберье по среднеключичной и задне-подмышечной линиям установлены 2 дополнительных троакара. Произведен доступ к заднему

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

средостению. В области левой сонной артерии визуализировано образование размерами до 7 см в диаметре, вскрыта медиастинальная плевра над образованием. Последняя выделена в биполярном режиме, удалено. После чего визуализирован грудной лимфатический проток. Плевральная полость дренирована по Бюлау слева. Послеоперационный период протекал гладко, дренаж плевральной полости удален через 2 суток. На 4 сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии.

427. Перспективы использования эндоминиинвазивных технологий в хирургии новообразований дистальных отделов сигмовидной и прямой кишки.

Грошилин В.С., Хоронько Р.Ю., Погосян А.А., Узунян Л.В.

г. Ростов-на-Дону, Россия

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России

Анализ многочисленных литературных данных последнего десятилетия свидетельствует о возрастающем потенциале применения эндоскопических (миниинвазивных) технологий при хирургическом лечении доброкачественных новообразований аноректальной локализации. Целью настоящего исследования является изучение возможностей эндомикрохирургических вмешательств в хирургии прямой кишки и улучшение результатов хирургического лечения больных с доброкачественными новообразованиями данной локализации. Поставленная цель предусматривает решение задачи профилактики малигнизации доброкачественных опухолей путем своевременного радикального удаления обнаруженных полипов и ворсинчатых опухолей в пределах мышечного слоя стенки прямой кишки. Материал и методы. В ретроспективно-проспективном исследовании проанализированы результаты лечения 37 пациентов, оперированных по поводу доброкачественных аноректальных опухолей. Первую (контрольную) группу составили 18 больных, которым вмешательства были выполнены с использованием общепринятых в современной колоректальной хирургии методов. Вторая группа исследования представлена 19-ю пациентами, у которых удаление новообразований прямой кишки производилось трансанальным эндомикрохирургическим способом с использованием усовершенствованной нами методики. Исследуемые группы были сопоставимы по основным клинико-диагностическим критериям (возраст, клинический диагноз, морфологическая структура опухоли, сопутствующие заболевания). Для оценки течения послеоперационного периода

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

использованы методы: общеклинические, исследование лабораторных показателей общего анализа крови (до операции, на 3, 7, 10 сутки после операции; характер введенных анальгетиков для купирования послеоперационного болевого синдрома и их количество; оценка интенсивности болей по 10-балльной визуально-аналоговой шкале). Результаты и обсуждение. Клинический анализ течения послеоперационного периода, интерпретация динамики лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы, интенсивности болевого синдрома, подсчитанного по 10-балльной визуально-аналоговой шкале, по количеству и характеру анальгетиков, примененных для купирования послеоперационного болевого синдрома, а также длительности послеоперационного пребывания больного в стационаре, позволил установить следующее: нормализация лейкоцитоза у пациентов I (контрольной) группы происходила в среднем через $10,8 \pm 2,1$ суток, а во II группе – через $7,5 \pm 1,7$ суток ($p > 0,05$). Послеоперационный болевой синдром был значительно менее выражен у больных II группы и купировался в среднем через $1,8 \pm 0,2$, в то время как у пациентов I (контрольной) группы данный показатель составил $3,0 \pm 0,2$ суток ($p < 0,05$). Мы объясняем этот факт прецизионностью выполнения вмешательства, следовательно, меньшей травматичностью трансанального эндомикрохирургического метода лечения. Это стало возможным благодаря формированию демаркационной линии и выполнению резекции в пределах мышечного слоя кишки. Кроме того, конструкция инструментария позволяет проводить манипуляции с новообразованием и окружающими тканями с большей степенью «хирургической свободы». Применение модифицированной трансанальной эндохирургической методики удаления новообразований способствует снижению риска послеоперационных осложнений, в том числе, перфорации стенки прямой и сигмовидной кишки, сокращает сроки пребывания больных в стационаре, а также уменьшает вероятность рецидивирования доброкачественных новообразований аноректальной зоны. Это стало возможным благодаря хорошей визуализации объекта вмешательства, возможности радикализма резекции, а также адекватности гемостаза. Преимущества методики являются перспективными, что подтверждается непосредственными и отдаленными результатами её практического использования. >

428. Видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия в лечении рака правой половины толстой кишки

Карукес Р.В., Абовян А.Р., Чернышев А.А., Калиниченко И.А.

Ростов-на-Дону

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
хирургическое отделение №4

В статье приведен первый опыт выполнения видеоассистированных операций при раке правой половины толстой кишки. Лапароскопия, как лечебное и диагностическое пособие, в настоящее время является одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений в современной хирургии. Благодаря постоянному совершенствованию методик малоинвазивных хирургических вмешательств, технического обеспечения последних, лапароскопические вмешательства на кишечнике давно вышли за рамки эксклюзивных. В большинство таких обширных рандомизированных управляемых многоцентровых исследований, как Barcelona, COST, COLOR, CLASICC (Bonjer и соавт., 2007) показано, что исходы после лапароскопических процедур по сравнению с открытыми по крайней мере эквивалентны. Хотя данные по долгосрочному выживанию все еще требуют подтверждения, но многочисленные краткосрочные преимущества лапароскопии были подтверждены многими исследованиями. Цель. Оценить эффективность использования лапароскопических технологий у пациентов с опухолями правой половины толстой кишки. Материалы и методы. В хирургическом отделении № 4 наравне с традиционными операциями внедрены лапароскопически-ассистированные операции при раке ободочной и прямой кишки. Мы используем 5-троакарный доступ и медиальную мобилизацию правой половины толстой кишки с обязательным пересечением сосудов на начальном этапе и выполнением лимодиссекции. Этапы мобилизации с лимфодиссекцией выполнялся при помощи ультразвукового скальпеля «Harmonic», а также аппарата «EnSeal». Во всех случаях формировался экстракорпоральный анастомоз «бок в бок» ручным способом через минилапаротомный разрез после эвакуации «препарата». Минидоступ выполнялся в правом подреберье. Длина разреза составляла от 4см до 6 см. 16 больным была выполнена видеоассистированная правосторонняя гемоклэктомия по поводу рака правой половины ободочной кишки. Анатомическая локализация опухоли была следующая: рак слепой кишки – 9 (56%) пациентов; рак восходящей ободочной кишки – 2 (12,5%) пациента и рак печеночного изгиба – 3 (18,5%). По классификации TNM распределение следующее: T2N0M0 – 4 пациента (25 %), T3N0M0 – 5 (31,2 %) пациентов, T3N1M0 – 7 (43,8 %) пациентов. Результаты. Длительность операции составила от 105 мин до 240 мин, средняя продолжительность — 130 ±20,5 мин. Кровопотеря в среднем 120 ± 30 мл. Послеоперационный период протекал благоприятно, ранних послеоперационных осложнений не было, летальных исходов не зарегистрировано. Пациенты велись по методике «fast track». В первые сутки пациенты активизировались, удалялся назогастральный зонд, разрешалось питье воды, энтеральных смесей, парез разрешался на 2-3-и сутки, тогда же начиналось расширение диеты пациентов. Выписка пациентов из стационара осуществлялась на 5-8 сутки послеоперационного периода при возможности амбулаторного наблюдения в нашей клинике. Выводы. Использование лапароскопической хирургии и ее положительных сторон, таких, как малая травматичность, хорошая визуализация, хороший косметический эффект, позволило снизить потребность в наркотических анальгетиках за счет уменьшения болевого синдрома, сократить послеоперационный койко-день и

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

реабилитационный период более чем в 2 раза по сравнению с аналогичными показателями при хирургических вмешательствах, выполненных путем лапаротомии, без ущерба онкологическому радикализму. и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

429. Способы обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии и их влияние на частоту интраабдоминальных послеоперационных осложнений

Антонов А.Н.(1), Васильев М.В.(1), Борисова С.В. (1), Семенов И.А.(1,2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ № 7 ДЗМ, 2) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) в настоящее время получила широкое распространение. ЛА имеет ряд очевидных преимуществ перед «открытой» операцией, сопровождается минимальной травматичностью и малой частотой ранних и поздних послеоперационных осложнений, быстрой реабилитацией и восстановлением трудоспособности оперированных больных. Остается актуальной проблема специфических интраабдоминальных послеоперационных осложнений, связанных со способом обработки культи червеобразного отростка. Цель исследования – проанализировать случаи интраабдоминальных осложнений после ЛА и определить оптимальные показания к различным способам обработки культи червеобразного отростка. Материалы и методы. В ГКБ № 7 ДЗМ с 2012 по 2014 гг. выполнено 670 ЛА (74,1 % случаев от общего числа выполненных аппендэктомий в хирургическом стационаре) по поводу острого аппендицита (ОА). Во всех случаях хирургическое вмешательство начинали с лапароскопии, за исключением больных, имеющих общие противопоказания к карбоксиперитонеуму и разлитой перитонит. Мужчин было 56,9 %, женщин – 43,1 %, возраст от 16 до 67 лет. У оперированных лапароскопическим способом больных выявлены следующие формы воспаления червеобразного отростка: катаральный аппендицит у 40 больных (5,9 %), флегмонозный – у 535 (79,8 %), гангренозный – у 95 (14,2 %). Среди способов обработки культи червеобразного отростка использовали лигатурный при помощи эндопетли или экстракорпорального узла Редера (74 %) и погружной с дополнительным применением кисетного и/или Z-образного интракорпоральных швов (26 %). Показания к выбору того или иного способа определялись оператором индивидуально, за

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

исключением случаев, явно требующих применения погружного способа (при прорезывании лигатуры и ампутации червеобразного отростка). Результаты. Частота внутрибрюшных послеоперационных осложнений составила 1,1 % (7 больных). Инфильтрат в правой подвздошной области отмечен у 5 больных (0,8 %), несостоятельность культи червеобразного отростка – у 2 больных (0,3 %). Лечение инфильтратов в 4 случаях было консервативное, в 1 случае в связи с абсцедированием инфильтрата потребовалось пункционно-дренирующее вмешательство под УЗ-наведением. 2 больным выполнена релапароскопия, лигирование и погружение культи червеобразного отростка в кисетный и Z-образный интракорпоральные швы, санация и дренирование брюшной полости. Все больные выздоровели. Летальных исходов не было. При анализе осложнений выявлено, что все 7 больных оперированы с применением лигатурного способа и были с сопутствующими явлениями тифлита и/или деструкцией основания червеобразного отростка в месте наложения лигатуры. Выводы. Инфильтрация купола слепой кишки и деструктивные изменения основания червеобразного отростка сопряжены с опасностью несостоятельности культи червеобразного отростка и могут приводить при изолированном использовании лигатурного способа ЛА к развитию интраабдоминальных послеоперационных осложнений. Проведенный анализ позволяет определить показания к применению лигатурного способа при ЛА, а именно отсутствие деструкции основания червеобразного отростка и тифлита. В остальных случаях необходимо применять погружной способ обработки культи червеобразного отростка – дополнять наложение лигатуры кисетным и/или Z-образным интракорпоральными швами.

430.РЕЗУЛЬТАТЫ SILS-НЕФРЭКТОМИЙ И РЕЗЕКЦИЙ ПОЧКИ

Лядов В.К., Коваленко З.А., Колмаков А.С.

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. В настоящее время оптимальным методом лечения опухолей почек в стадии T1-T2 являются лапароскопическая резекция почки и радикальная лапароскопическая нефрэктомия. Стремление к уменьшению травматичности операции и повышению косметического результата операций привело к появлению и развитию хирургии из единого лапароскопического доступа. В нашей работе представлены результаты радикальных нефрэктомий и резекции почки, выполненных с помощью

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

SILS (single incision laparoscopic surgery)-порта. Цель исследования. Оценить возможность использования SILS-порта для выполнения радикальной нефрэктомии и резекции почки у пациентов с нормальной и избыточной массой тела. Материалы и методы. В период с 2009 -2014 г. на базе Лечебно-Реабилитационного центра Минздрава РФ выполнено 38 операций (37 радикальных нефрэктомии и 1 резекция правой почки) из единого лапароскопического доступа. Все оперативные вмешательства выполнены с использованием как стандартных лапароскопических инструментов, так и инструментов - ротикюляторов, 5-мм удлиненного лапароскопа. В качестве устройства единого лапароскопического доступа использовался SILS порт, с тремя канюлями диаметром 5 мм. Показанием к радикальной нефрэктомии во всех случаях были новообразования почек T1-T2N0M0. Резекция почки была выполнена 67 летней женщине с ИМТ 25. Показанием к резекции почки явилось новообразование верхнего полюса правой почки, с преимущественно экстраренальным типом роста, размером 2 см. Выполнено 14 левосторонних и 23 правосторонних радикальных нефрэктомии, у 22 женщин и 15 мужчин. Больные разделены на две основных группы с учетом стороны операции, а также ИМТ. Результаты радикальной нефрэктомии. В общей группе больных средний возраст пациентов составил 59,9 лет (41-74). Среднее время операции составило 146 мин (80- 265 мин). Средняя кровопотеря составила 160 мл (50-2000 мл). Средний койко-день составил 4,5. В 24 случаях устанавливался 1 дополнительный 12-мм или 11-мм порт. При операции на левой почке в 3 из 14 случаев дополнительных портов не требовалось, в 6 случаях устанавливался 1 дополнительный порт. При операциях на правой почке во всех случаях устанавливался один дополнительный порт. В 10 случаях (в 5 - при операциях на правой почке и в 5 - при операциях на левой почке) было установлено 2 дополнительных порта (11 и 5 мм; два порта по 11 мм; 12 и 5 мм). Установка второго дополнительного порта была связана с выраженными техническими трудностями при мобилизации почки. Интраоперационные осложнения возникли у 2 (5,4%) пациентов при выполнении операции на правой почке. В обоих случаях операция осложнилась кровотечением, потребовавшим в одном случае конверсии в открытое вмешательство, во втором – перехода к многопортовой лапароскопической операции. Послеоперационные осложнения возникли в 6 (16%) случаях. После выполнения правосторонней радикальной нефрэктомии в одном случае выявлена гематома ложа почки; учитывая небольшой объем гематомы, каких-либо вмешательств не требовалось. У одного пациента возникла острая задержка мочи, которая была разрешена консервативно. В одном случае в 1-е сутки после операции выполнена экстренная лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости в связи с кровотечением. После выполнения левосторонней радикальной нефрэктомии у одного пациента на 4-е сутки послеоперационного периода выявлена эвентрация петель кишечника в области послеоперационной раны, потребовавшая выполнения лапаротомии. В одном случае в первые сутки после операции диагностировано внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее выполнения лапаротомии. У одного пациента в связи с нарастанием ХПН проведено 2 сеанса гемодиализации. Результаты резекции почки: Время операции составило 140 мин. Кровопотеря 50 мл. Время тепловой ишемии – 20 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана на 4 сутки после операции. Выводы:

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

При выполнении радикальной нефрэктомии или резекции почки с использованием SILS порта, интра и послеоперационные показатели, а также частота осложнений сопоставимы с результатами многопортовых лапароскопических вмешательств. Зависимости как интраоперационных, так и послеоперационных показателей от ИМТ выявлено не было. Операции с применением SILS порта выполнимы и безопасны как у пациентов с нормальной, так и с избыточной массой тела. Применение SILS порта при выполнении радикальной нефрэктомии или резекции почки позволяет отказаться от мини-лапаротомии для удаления препарата, однако требует значительного опыта лапароскопических вмешательств ввиду технической сложности данного вида вмешательств.

431. Опыт использования саморасширяющихся стентов в различных органах желудочно-кишечного тракта.

Хитарьян А.Г. (1, 2, 3), Мизиев И.А. (2), Глумов Е.Э. (4), Карпова И.О. (3), Бо-лов З.А. (3), Ковалев С.А. (3).

1), 3), 4 Ростов-на-Дону 2) Нальчик

) Кафедра общей хирургии РостГМУ, 2) кафедра факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ, 3) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный", 4) ГОУЗ «ОНКОДИСПАНСЕР» РО

На современном этапе наиболее значимой проблемой является нарушение проходимости органов желудочно-кишечного тракта: при неоперабельном раке пищевода, кардиоэзофагеальной зоны, выходного отдела желудка, рецидиве опухоли в области анастомозов, сдавлении просвета органа извне, а также у пациентов с кишечной непроходимостью, развившейся на фоне рака толстой кишки. Так же интересным является решение вопроса неоперативного закрытия дефектов стенки органа ЖКТ в следствии несостоятельности анастомоза или формирования межорганного свища. Закрытие дефектов стенки органа, устранение дисфагии, восстановление энтерального питания и пассажа кишечного содержимого является приоритетной задачей. Решаются данные задачи, как правило, выполнением гастро- или энтеростомии, колостомии. На сегодняшний день, у неоперабельных больных со стенозирующими злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта все шире применяется эндоскопическое стентирование, как малоинвазивный и эффективный способ лечения. К настоящему времени исследователями накоплен уже большой опыт. В России нитиновые саморасширяющиеся стенты применяются с 1988 года, но более широко они стали применяться только в

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

последние годы. Цель исследования: оценить эффективность применения саморасширяющихся стентов в лечении и улучшении качества жизни у больных с обструктивными процессами в органах ЖКТ и у больных с нарушением целостности стенки органа. Материалы и методы: С 2007 по 2014 годы нами установлены 60 нитиноловых саморасширяющихся стентов, из них: 39 - пищеводных, 3 - дуоденальных, 18 - колоректальных. Использовались нитиноловые саморасширяющиеся стенты различных производителей: Ella-snents, EndoFlex, Egis, M.I. Tech. Применялись стенты различной степени покрытости, от частично покрытых до полностью покрытых. В пищеводе стенты устанавливали: в 3 случаях - при ахалазии кардии, в 1 - при несостоятельности эзофаго-энтероанастомоза, в 3 - при доброкачественных рубцовых стриктурах, в 31 - при злокачественных процессах, сопровождающихся дисфагией. В одном случае стриктура располагалась в верхней трети пищевода, в остальных - в средней и преимущественно в нижней трети пищевода. Дуоденальные стенты в 2 случаях были установлены в следствии стенозирования гастро-энтероанастомоза после дистальной резекции желудка, в 1 - для закрытия дефекта стенки 12 перстной кишки вызванной пролежнем от подпеченочно расположенной дренажной трубки. Колоректальные стенты устанавливали у больных с кишечной непроходимостью связанной с опухолью толстой кишки: в 8 случаях - рак нисходящего отдела ободочной кишки, в 6 - рак нижней трети сигмовидной кишки, в 2 - рак прямой кишки, в 3 - доброкачественная стриктура области анастомозов после ранее выполненных резецирующих вмешательств. Все манипуляции по установке стента выполнялись под эндоскопическим и рентгенологическим контролем. Результаты. Технически стентирование успешно выполнено у всех пациентов. Средняя продолжительность вмешательства составила 50 мин. Во время установки осложнение развилось в одном случае (перфорация пищевода в области протяженной рубцовой стриктуры верхней трети пищевода). Полное расправление стента осуществлялось в течение 5 суток. В раннем после операционном периоде у всех больных отмечался дискомфорт и чувство распирания в проекции установленного стента, позывы на рвоту, тошноту в случаях пищевода стентирования и в ряде случаев частый жидкий стул при колоректальном стентировании. Во всех случаях стентирования при ахалазии кардии отмечалась миграция стента в желудок и после многократных подтягиваний и коррекций стенты были извлечены. В одном случае при несостоятельности эзофаго-энтероанастомоза отмечалась миграция стента в отводящий отдел тонкой кишки. Было выполнено репозиционирование стента и фиксация его при помощи гемостатического клипатора, в последствии свищ закрылся самостоятельно. Сроки наблюдения больных со стентами составили 1-5 лет. Выводы: Использование в современной хирургии, саморасширяющихся нитиноловых стентов позволило безоперационно, малотравматично купировать симптомы, связанные с нарушением проходимости того или иного отдела ЖКТ. В ряде неоперабельных случаях стентирование является самостоятельным методом лечения. В других - позволяет эффективно выполнить предоперационную подготовку пациентов, а порой и избежать повторных травматичных оперативных вмешательств.

432. ОПЫТ МАЛОТРАВМОТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКОГО

А.К. Качур, В.К. Лядов, И.В. Шрайнер

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ

В современной онкологической практике расширяются показания для эндоскопических операций. Основным критерием внедрения малотравматичных методик являются сопоставимые с традиционными методами результаты лечения, при максимальном снижении травматичности для пациента. Торакоскопические лобэктомии входят в международные стандарты хирургического лечения рака легкого. В настоящем сообщении представляем опыт внедрения и использования в отделении хирургической онкологии ФГБУ ЛРЦ современных диагностических и лечебных операций при злокачественных опухолях легкого. С середины 2014 года в ЛРЦ внедрены трансторакальные пункционные биопсии опухолей легкого под МСКТ навигацией и весь спектр видео-ассистированных радикальных операций на легком. В этот период выполнено 37 трансторакальных пункционных биопсий опухолей легкого. Показанием к трансторакальной биопсии была необходимость выбора лечебной тактики при периферических опухолях легких, как первичных, так и метастатического характера, без возможности получения получения морфологического материала при фибробронхоскопии. Под местной анестезией после выполнения разметки на МСКТ выполнялась пункция опухоли биопсийной иглой, положение рабочего конца в опухоли проверялось повторной томографией, и выполнялся забор гистологического и цитологического материала. Торакоскопические резекции легких выполнялись у пациентов с опухолями легких различной этиологии. Выполнено 14 таких операций. Техника: установка 3 троакаров в плевральную полость в различных местах, в зависимости от расположения опухолей. Разделение легочной паренхимы выполнялось эндоскопическими сшивающими аппаратами. Экстракция препарата осуществлялась в контейнере через один из доступов. Наиболее частым показанием было наличие резектабельных метастазов опухолей различной локализации. С июня 2014 года выполнено 12 видеоэндоскопических радикальных лобэктомий. Показанием был периферический резектабельный рак легкого без МСКТ признаков внутригрудной лимфаденопатии. Методика: в плевральную полость устанавливали 2-3 троакара, и выполняли вспомогательную мини-торакотомию длиной 4-5 см по 4-му межреберью для вспомогательных инструментов и экстракции препарата. По завершению операции плевральная полость дренировалась одним дренажом. Отдельно проанализированы непосредственные результаты

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

трансторакальных пункционных биопсий легкого, торакоскопических резекций легкого и VATC лобэктомий. Пункционные биопсии опухолей легкого: всего выполнено 37 пункций. Получена морфологическая верификация в 31 случае (83%). Пневмоторакс, потребовавший дренирования плевральной полости, возник у 5 пациентов (13%), средний срок госпитализации в отделение составил 1,6 дня. Среди патологических образований в легких, рак легкого подтвержден у 29 пациентов (78%), метастазы рака других локализаций у 5 пациентов (13%), 2 опухоли средостения (5%), 1 доброкачественная опухоль (2%). Торакоскопические резекции легких выполнялись у пациентов с опухолями легких различной этиологии. Выполнено 14 торакоскопических резекций легкого. Техника операции: доступ в плевральную полость 3 троакарами, экстракция препарата осуществлялась в контейнере через один из доступов. Наиболее частым показанием было наличие резектабельных метастазов опухолей различной локализации - у 8 (57%) пациентов. При раке легкого выполнены 3 (21%) операции данного типа, при невозможности, либо противопоказаниях, к радикальной анатомической резекции. 3 пациента (21%) с доброкачественными опухолями, либо поствоспалительными изменениями, имевших перед операцией рентгенологическую картину злокачественных опухолей легкого. Средний послеоперационный срок госпитализации составил 4,4 дня. После операции возникло 2 (14%) осложнения в виде альвеолоплеврального свища, потребовавших применения продленного пассивного дренирования плевральной полости системой с клапаном типа Heimlich. Торакоскопические лобэктомии: всего выполнено 12 операций. Из оперированных пациентов 1a и 1b стадию рака легкого имели 11 пациентов (92%), 1 пациент (8%) после операции по данным гистологического исследования имел 3a стадию. Аденокарцинома выявлена у 8 пациентов (66%), плоскоклеточный рак у 4 пациентов (34%). Интраоперационно выполнялась обязательная лимфодиссекция лимфоузлов верхнего отдела средостения, бифуркационной группы, и лимфоузлов легочной связки. (4, 10, 7, 8, 9 группа лимфоузлов по международной классификации Nagake). Среднее количество удаленных лимфоузлов было 7 (3-15). Средняя продолжительность операции 180 мин. (120-240), средняя кровопотеря 150 мл. (50-400), послеоперационный койко-день 10,2 (3-42). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 пациентов (58%): 3 внутриплевральных кровотечения, 1 поздняя несостоятельность культи нижнедолевого бронха, 1 геморрагический инсульт, 1 альвеолоплевральный свищ, 1 хилоторакс. При неосложненном раннем послеоперационном периоде все пациенты после торакоскопических вмешательств были полностью активизированы ко 2-м суткам. Медиана дренирования плевральной полости составил 8,8 дня. Летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Наш опыт пункционных биопсий опухолей легкого под МСКТ навигацией показывает их высокую информативность, низкое количество легко поддающихся лечению осложнений, короткое время нахождения пациента в стационаре. Все это позволяет точно выбирать оптимальную лечебную тактику при различных опухолях легкого. Альтернативы данной методики на сегодняшний день нет. Первый опыт выполнения торакоскопических лобэктомий при раке легкого показал высокое число осложнений, что связано с этапом накопления практического опыта и улучшения

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

хирургической техники, малым количеством подобных операций в нашем центре и России в целом.

433.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ: АНАЛИЗ СОБСТВЕННОГО ОПЫТА

В.К. Лядов, А.В. Кочатков, А.З. Негардинов

Москва

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Лапароскопические технологии нашли широкое применение в хирургии рака ободочной и прямой кишки и являются одним из наиболее динамично развивающихся методов хирургического лечения. Цель исследования. Анализ собственного опыта лапароскопических вмешательств на ободочной и прямой кишке при опухолевых заболеваниях. В ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 154 лапароскопических операций за период с марта 2009 года по декабрь 2014 года. 44 операции выполнены по методике единого лапароскопического доступа – (группа 1) и 110 операций – по стандартной лапароскопической технологии – (группа 2). В группе 1 для единого лапароскопического доступа применяли SILS-порт (Covidien) у 34 пациентов, X-cone (Storz), TriPort (Olympus) и Tetraport (Olympus) в 4, 3 и 3 случаях, соответственно. При необходимости и для облегчения манипуляций при использовании единого лапароскопического доступа устанавливали 1 или 2 дополнительных троакара. Операции выполнялись с помощью одноразовых лапароскопических инструментов с поворотным механизмом (Covidien) и гармонического скальпеля Harmonic Ace (Ethicon). Установка порта, удаление препарата и формирование анастомоза осуществлялось через трансумбиликальный доступ. При стандартных лапароскопических операциях препарат удаляли через поперечный доступ над лоном. В группе 1 мужчин было - 18 (40,9%), женщин - 26 (59,1%). Средний ИМТ составил 24 ± 3 , средний возраст - 60 ± 9 лет, средний размер опухоли (по данным КТ), $5,8 \pm 2,2$ см. В соответствии с T критерием больные распределились следующим образом: T1 – 2 пациента, T2 – 20 пациентов, T3 – 21 пациент и T4 – 1 пациент. Резекция поперечной ободочной кишки выполнена 2 больным, левосторонняя гемиколэктомия – 3 больным, резекция сигмовидной кишки – 25 больным, передняя резекция прямой кишки – 11 больным, закрытие стомы -3. В группе 2 мужчин - 49 (44,5%), женщин - 61(55,4%). Средний ИМТ составил 26 ± 3 , средний возраст - $65 \pm 8,7$ лет, средний размер опухоли (по данным КТ), $6,7 \pm 3,1$ см. В соответствии с T

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

критерием больные распределились следующим образом: Т1 – 6 больных, Т2 – 50 больных, Т3 – 48 больных и Т4 – 6 больных. Правосторонняя гемиоколэктомия выполнена 27 больным, резекция поперечной ободочной кишки – 2 больным, левосторонняя гемиколэктомия – 9 больным, резекция сигмовидной кишки – 30 больным, передняя резекция прямой кишки – 33 больным, брюшно – промежностная экстирпация – 4 больным, закрытие стомы – 5 больным. Результаты и обсуждение. В группе 1 средняя длительность операции составила 156 ± 42 мин. Средняя кровопотеря 90 ± 54 мл. Средний послеоперационный койко день, $7,2 \pm 2,9$ сут. Нерадикальных операций 0. Число удаленных лимфатических узлов 13. Тяжелые осложнения в данной группе составило 7(16%). Летальность 1(2%). Конверсии 10 (23). В группе 2 средняя длительность операции составила 174 ± 71 мин. Средняя кровопотеря 100 ± 60 мл. Средний послеоперационный койко день, $7,9 \pm 2,5$ сут. Конверсии 13 (11,8). Нерадикальных операций 0. Число удаленных лимфатических узлов 15. Тяжелые осложнения в данной группе составило 15 (13,6%). Летальность 1(0,9%). Симультанные операции выполнены у 4 пациентов в группе 1 (2 холецистэктомии и 2 герниопластики по Лихтенштейну) и 5 пациентов в группе 2 (2 холецистэктомии, 1 герниопластика по Лихтенштейну, 1 нефрэктомия, 1 удаление желудочного бандажа). Отдаленные результаты лечения не различались. У пациентов после операций единым лапароскопическим доступом имплантационных рецидивов не выявлено, в группе стандартных лапароскопических операций отмечен 1 рецидив в мягких тканях брюшной стенки, в последующем успешно удаленный. Небольшой срок наблюдения не позволяет сравнить выживаемость пациентов. Послеоперационные троакарные вентральные грыжи выявлены на данный момент у 2 пациентов в группе стандартных лапароскопических операций. В обоих случаях выполнена ненатяжная герниопластика. Через 4 недели после операции вернулись к нормальному ритму жизни 77% пациентов в группе 1 и 64% больных в группе 2 ($p > 0,05$). Косметический результат операции оценили на «хорошо» и «отлично» 98% пациентов в группе 1 и 96% больных в группе 2. Лапароскопические операции, выполненные по методике единого доступа, являются разумной альтернативой стандартным лапароскопическим вмешательствам при раке ободочной и прямой кишок. Однопортовая лапароскопическая хирургия является шагом в направлении к улучшению косметических результатов хирургического лечения.

434.Казуистический случай внематочной беременности у пациентки после гистерэктомии

Берлим А.А., Карукес Р.В.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Ростов-на-Дону

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов Главный» ОАО «РЖД»

Существует множество различных вариантов эктопических беременностей, достаточно полно описанных в литературе, случай, который мы хотим предоставить вашему вниманию, в доступных нам источниках описан не был. Представляем Вашему вниманию казуистический случай внематочной беременности у пациентки, перенесшей экстирпацию матки в раннем послеродовом периоде в связи с атоническим кровотечением. Пациентка Г. 27 лет поступила в отделение гинекологии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов Главный» ОАО «РЖД» территория Батайск 18.12.14 года с жалобами на усиливающиеся боли внизу живота иррадиирующие влево, кровомазание из половых путей. Из анамнеза заболевания: Заболела остро 29.11.14, когда появился резкий приступ схваткообразной боли внизу живота больше слева в течение часа, затем боли самостоятельно купировались, 30.11.14 резкий приступ схваткообразной боли внизу живота больше слева повторился, так же появились жалобы на кровомазание из половых путей, после приема кеторола интенсивность болевого синдрома несколько снизилась. С 1.12 по 3.12.14 находилась в МУЗ «Родильный дом» г. Азова с диагнозом: Синдром тазовых болей, эндометриоз купола влагалища, где получала: анальгин, димедрол, этамзилат, дикловит свечи ректально. Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями – наблюдение в ЖК по МЖ. Из акушерско-гинекологического анамнеза: Менструации с 14 лет, установились сразу, по 7 дней, через 28-30 дней, болезненные, умеренные. Последние менструации – 2011 год. Половая жизнь с 18 лет. Брак I (7 лет). От беременности не предохраняется. Беременностей всего 5. Роды – 3, последние 2011 год, экстирпация матки (послеродовое атоническое кровотечение). Аборты – 2, последний в 2009 году. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС: Общее состояние больной на момент осмотра удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферических отеков нет. Сознание ясное, адекватно. Рефлексы сохранены. ЖИВОТ: правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Status genitalis Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, купол влагалища сформирован правильно, область правого и левого боковых сводов раскрыты в зеркалах не удается из-за послеоперационных особенностей строения купола влагалища, из области левого бокового свода имеются незначительные кровянистые выделения, значимых дефектов слизистой, свищевых ходов, перфоративных отверстий не обнаружено. Придатки справа: тяжистые. Слегка болезненные. Придатки слева: Тяжистые, без четких контуров, увеличены в размерах за счет образования эластической консистенции до 5 см в диаметре, болезненные. Своды: глубокие. Параметрий: свободный, безболезненный. Выделения: кровянистые, умеренные, УЗИ от 18.12.14: Киста левого яичника (апоплексия), УЗИ признаки воспалительных изменений правых придатков матки, УЗИ признаки спаечного процесса органов малого таза, свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу (150 мл). КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Основной: Апоплексия кисты левого яичника. Соп.: Обострение хронического правостороннего аднексита. Состояние после операции (экстирпация матки без придатков). Спаечный процесс органов малого таза. Кровомазание из купола влагалища (Свищевой ход? Грануляция?). Больной показано плановое оперативное лечение в объеме диагностическая лапароскопия, удаление кисты яичника. Проведена предоперационная подготовка. 19.12.14 г выполнено: Лапароскопия. Висцеролиз. Сальпингоовариолизис с обеих сторон. Двусторонняя тубэктомия. Дренирование брюшной полости. В асептических условиях, под эндотрахеальным наркозом, наложен пневмоперитонеум 3000 мл. Через разрезы в области пупка, правой, левой подвздошных областей и по средней линии живота введен лапароскоп и три манипулятора. К передней брюшной полости подпаян участок сальника, доступ в малый таз практически отсутствует из за выраженного спаечного процесса, к органам малого таза подпаян сальник и петли кишечника. Типично выполнен висцеролиз. В брюшной полости имеется около 200 мл «старой» жидкой крови. При ревизии органов малого таза установлено: матка удалена оперативно. Придатки с обеих сторон подпаяны к куполу влагалища, стенке мочевого пузыря, стенкам таза. Типично выполнен сальпингоовариолизис с обеих сторон. Дополнительной ревизией установлено: левая маточная труба увеличена в размерах до 4,5 см за счет плодного яйца располагающегося в ампулярном отделе, маточная труба отечная, синюшная, фимбриальный отдел трубы выражен. Правая маточная труба воспалительно изменена. Яичники с обеих сторон без видимой патологии. В куполе влагалища видимых дефектов не обнаружено. ДИАГНОЗ: Левосторонняя трубная беременность. Хронический правосторонний сальпингит. Свищевой ход купола влагалища. Состояние после операции (экстирпация матки без придатков). Спаечный процесс органов малого таза IV степени. Типично выполнена правосторонняя Двусторонняя тубэктомия. В операционной произведен забор крови из вены для проведения исследования ХГ крови в двух лабораториях: лаборатория ДКБ – ХГ крови – 2600 мМЕ/мл, ООО «Европейские лаборатории Дона» ХГ крови – 1852,76 мМЕ/мл. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациентка выписана на 3и сутки в удовлетворительном состоянии. Гистологический анализ: правая маточная труба: ангиоматоз, геморрагии в брюшине. Левая маточная труба: в просвете трубы ворсины хориона.

435.Лапароскопическая промонтафиксация в лечении генитального пролапса

Берлим А.А., Карукес Р.В.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Ростов-на-Дону

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст.Ростов-Главный ОАО «РЖД»

Генитальный пролапс или опущение и выпадение внутренних половых органов – нарушение положения матки или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до влагалищного входа или выпадением их за его пределы. Рост заболеваемости пролапсом гениталий, наблюдаемый в последние годы во всем мире, по мнению большинства исследователей, приобретает масштаб скрытой эпидемии. Встречаемость пролапса гениталий в структуре гинекологической патологии колеблется по данным разных авторов 1,7% до 28% больных, у женщин после 40 лет эти цифры достигают 34,7%. По данным профилактических осмотров в России данная патология выявляется у 60% женщин. Сегодня 1 из 10 женщин подвергается оперативному вмешательству с целью лечения опущения или выпадения половых органов. Увеличение числа молодых, социально и сексуально активных женщин, страдающих несостоятельностью тазового дна, а также увеличение числа тяжелых рецидивных форм выпадения половых органов, предъявляют новые требования к качеству хирургического лечения этой патологии. Конец 20го начало 21го века ознаменовался бурным развитием медицинской науки и технического прогресса. Появляются и совершенствуются новые подходы в лечении данной категории пациенток. Лапароскопия в настоящее время является одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений в современной оперативной гинекологии. Лапароскопическая промонтофиксация (или сакрокольпопексия) является эффективной и патогенетически обоснованной операцией при лечении пролапсов гениталий у женщин. Цель. Оценить эффективность и ближайшие результаты лапароскопической промонтофиксации при пролапсе гениталий. Материалы и методы. На базе гинекологического отделения (территория Батайск) и хирургического отделения (территория Батайск) 25-ти пациенткам по поводу диагноза пролапс гениталий разной степени и выраженности, выполнена лапароскопическая промонтофиксация. Возраст пациенток колебался от 40 до 65 лет. У 12-ти пациенток имелась сопутствующая патология – гипертоническая болезнь 2-3ст., у 10-ти – ожирение 2ст., у 5-и – сахарный диабет 2 типа. У 18 пациенток операция была выполнена по поводу выпадения матки (в этих случаях сначала выполнялась лапароскопическая гистерэктомия), у 6-ти по поводу выпадения купола влагалища после влагалищных гистерэктомий и у одной по поводу полного выпадения матки и полного выпадения прямой кишки. Операция всем пациенткам выполнялась типично из 4-х траокарного доступа. Этапы операции выполнялись при помощи ультразвукового скальпеля «Harmonic», а также аппарата «LigaSure» и «Erbe». Фиксация купола влагалища или культи шейки матки проводилась с помощью полипропиленового сетчатого имплантата Gynecare Gynemesh фирмы Ethicon. Результаты. Средняя продолжительность операции составила 230 ±15 минут. Кровопотеря в среднем 150 ±30мл. В послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не было. В первые сутки пациенты активизировались, со второй половины дня – жидкая пища, парез разрешался на 1-2-е сутки. Выписка пациентов из стационара осуществлялась на 3-4-е сутки послеоперационного периода. Наблюдение

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

за пациентками осуществляется в течение 2-х лет – данных за рецидивы пролапсов не выявлено. Выводы. Применения лапароскопических технологий в лечении данной категории больных позволяет снизить травматичность вмешательства, добиться значительного снижения болевого синдрома, скорейшей активизации пациенток, значительно сократить послеоперационный койко-день и восстановительный период, а также добиться максимального косметического эффекта. Лапароскопическая промонтофиксация является эффективной операцией по коррекции тазовых пролапсов, особенно у молодых пациенток, ведущих активную половую жизнь.

436. Сравнительный анализ результатов лечения больных после операции трансвагинальной и SILS холецистэктомии

Салемянов А.З.

Екатеринбург

МАУ ГKB №40

Представлена сравнительная оценка результатов SILS и трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом. Цель исследования Оценить преимущества применения трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии перед SILS холецистэктомией. На базе ГKB №40 г. Екатеринбурга с июня 2009 года 47 пациенткам выполнена лапароскопическая трансвагинальная холецистэктомия (основная группа). Контрольную группу составили 50 пациенток, которым была выполнена SILS холецистэктомия. Обе группы были сопоставимы по антропометрическим данным, срокам заболевания 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 оценивались: 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. Средняя продолжительность

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 $3,7 \pm 0,4$ (продолжительность госпитализации обусловлена более выраженным болевым синдромом) . В основной группе течение послеоперационного периода было достоверно легче: были менее выражены болевой синдром и потребность в анальгетиках. 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.

437. Опыт использования видеоэндоскопических методик в ургентной хирургии в условиях районной больницы.

Летников Б. А., Чеботарёв В. Д., Колесников В. В.

Усмань

ГУЗ "Усманская МРБ"

Произведён анализ видеоэндоскопических вмешательств при экстренной хирургической патологии за период с 2010 по 2014гг. Осуществлено 540 лапароскопических операций. Из них диагностические лапароскопии — 326 (60,4%), аппендэктомии — 34 (6,3%), холецистэктомии — 62 (11,5%), ушивание перфоративных язв желудка и ДПК — 12 (2,2%), санация и дренирование брюшной полости по поводу острого панкреатита — 38 (7%), вмешательства по поводу механических повреждений живота — 20 (3,7%). Из оперированных пациентов выделены три возрастные группы: младше 18 лет — 79 человек (14,6%), в возрасте от 18 до 60 лет — 327 (60,6%), старше 60 лет — 134 (24,8%). Мужчины составили 48%, женщины 52%. Применение диагностической лапароскопии позволило исключить острую хирургическую патологию в 48 случаях. У 12 пациентов лапароскопически диагностирован тромбоз мезентериальных сосудов с тотальным некрозом кишечника, что позволило не проводить лапаротомию. У 15 пациентов выявлен острый брыжеечный лимфаденит, что не потребовало расширения объёма операции. У 42 пациентов лапароскопия проведена по поводу механических повреждений живота и при диагностике повреждений

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

внутренних органов не выявлено. У 122 больных диагностирован острый аппендицит, у 13 больных острая кишечная непроходимость спаечного и обтурационного характера, а у 2 пациентов ущемлённая диафрагмальная грыжа, у 9 острая гинекологическая патология, которые впоследствии были оперированы. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 34 пациентов. Во всех случаях оперированы деструктивные формы аппендицита, интраоперационно вводились антибактериальные препараты широкого спектра действия, вмешательства завершались дренированием брюшной полости. Флегмонозно изменённый отросток удалён у 27 пациентов, гангренозный и гангренозно-перфоративный у 7. Удаление отростка в 82% случаев проводилось лигатурным способом, в 18% с помощью эндоскопического сшивающего аппарата. Конверсия имела место у 2 пациентов по причине технических трудностей. В послеоперационном периоде осложнения встретились у 2 пациентов — нагноение послеоперационной раны в месте стояния дренажа. 62 пациента оперированы по поводу острого холецистита. Флегмонозный холецистит обнаружен у 47 пациентов, гангренозный у 15. Конверсии проводились в 3 случаях. Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 пациентов. У двух повреждение холедоха (производилась лапаротомия, холедохоеюноанастомоз по Ру), у трёх внутрибрюшное кровотечение (устранены лапароскопически). Лапароскопические вмешательства по поводу перфоративных язв предприняты у 12 пациентов. Конверсия произведена в 1 случае. Осложнения отмечались у 2 пациентов — несостоятельность швов ушитой язвы, потребовавшие лапаротомии. Лапароскопическое пособие при остром панкреатите предпринято у 38 больных. Производилась санация, вскрытие париетальной брюшины, дренирование брюшной полости. Умерло 5 человек с признаками прогрессирующей полиорганной недостаточности, тяжёлой соматической патологией. При закрытых и открытых повреждениях органов брюшной полости оперировано 20 пациентов. 17 пациентам оказано лапароскопическое пособие (ушивание стенки кишки, желудка, диатермокоагуляция сальника, печени). Трём пациентам после диагностической лапароскопии выполнена лапаротомия. Выводы: 1. Использование видеоэндоскопических методик в ургентной хирургии в условиях небольшого хирургического стационара во многом определяется степенью подготовки дежурного хирурга. Использование традиционной техники операций не всегда определяется клинической ситуацией, в связи с чем объём видеоэндоскопической помощи при некоторых нозологиях ниже теоретически возможного уровня. 2. Сравнительно низкий процент выполнения видеоэндоскопических аппендэктомий, ушиваний перфоративных язв в наших условиях связан с относительными техническими сложностями данных вмешательств в сравнении с лапароскопической холецистэктомией, дренированием брюшной полости (интракорпоральный шов, отсутствие возможности широкого использования сшивающих аппаратов).

438. Опыт применения физиологических имплантов с памятью формы для лапароскопической герниопластики.

Хитарьян А.Г., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н., Дульеров К.А.

Ростов-на-Дону

НУЗ « ДКБ на ст. Ростов – Главный »

В статье отражен опыт применения имплантов Bard 3D Max Mesh, композитной сетки Ventralex и протеза Bard СК Parastomal mesh для различного вида герниопластик. 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 протестированы новые импланты предоставленные американской компанией Bard. Нами выполнена лапароскопическая геониопластика по поводу паховых грыж с использованием инновационного протеза 3 D max у 10 ти пациентов, у 8-ми пациентов произведена лапароскопическая герниопластика пупочной грыжи и у 2-х пациентов произведена лапароскопическая герниопластика параколостомических 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.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 прилежания сетки к грыжевым воротам через 5 мм троакар в левом мезогастррии. 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 лент фиксируется к апоневрозу к пупочной области. Сетки для парастомальных грыж Bard CK 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 имеет опыт лапароскопической герниопластики парастомальных грыж у 2 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 швов к 2/3 передне-боковой полоукружности выведенной кишки, профилактируя тем самым вероятность ущемления петель тонкой кишки в окне аллотрансплантата. 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. Средняя длительность нахождения в стационаре больных, после герниопластики паховых и парастомальных грыж составляла 3 и 5 суток соответственно. Выводы. Положительной стороной в применении имплантов фирмы Bard можно отметить удобство имплантации, небольшую продолжительность оперативного вмешательства. Приобретенный опыт применения имплантов фирмы Bard для пупочных, паховых и парастомальных грыж показал целесообразность их использования в малоинвазивной герниологии.

439. Возможности использования эндохирургических технологий в ургентной хирургии и анализ результатов.

Луцевич О.Э. (1,5), Галямов Э.А.(1,2,3,4), Тимербулатов М.В. (6), Сендерович Е.И. (7), Розумный А.П. (1,5), Галямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4), Макушин А.А (3)., Ерин С.А. (3), Харчук А.В.(2)

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Москва. РФ Уфа РБ

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ЗАО ГК "Медси"; (4) МЦ Центрального Банка России; (5) ГКБ №52 (6) БГМУ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии (7) ГКБ № 21

Актуальность: С 1993 по март 2014 г.г. на клинических базах кафедр при острой патологии органов брюшной полости используются лечебные эндохирургические вмешательства. Мы обладаем совместным опытом наших клиник выполнения более 7200 оперативных вмешательств с использованием эндохирургических технологий в ургентной хирургии Цель: Определение возможностей эндохирургических технологий в лечении неотложной патологии органов брюшной полости. Методы: Мы проанализировали результаты 2765 лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците, 3890 лапароскопических холецистэктомий при острых холециститах, 166 лапароскопических санаций и дренирований брюшной полости и сальниковой сумки при острых панкреатитах, ферментативных перитонитах, 191 лапароскопических ушиваний прободных гастродуоденальных язв, 143 лапароскопических разрезов кишечной непроходимости при острой спаечной тонкокишечной непроходимости, 16 экстренных лапароскопических резекций толстой кишки, 61 лапароскопических герниопластик ущемленных паховых грыж. Обсуждение: В 58% случаев ОКН была обусловлена единичным штрангом, в 42% случаях массивным спаечным процессом. Основной принцип работы при острой кишечной непроходимости работа холодными ножницами и атравматичными кишечными зажимами. Перемещение оптического троакара в разные точки брюшной стенки по принципу «треугольника». Установка первого троакара производилась различными способами: по Хассену в зоне срединного послеоперационного рубца; через грыжевые ворота вентральной грыжи, при наличии таковой; через дефект пупочного кольца, при наличии такового; с использованием различных оптических троакаров; в зонах «акустических окон» на основании дооперационного УЗИ. Профилактика спаечной болезни органов брюшной полости проводилась в интра- и послеоперационном периодах. Использовались методы ирригации брюшной полости на этапе завершения вмешательства большими объемами изотонических растворов; использование противоспаечных барьеров Intercoat, Interceed; ранняя активизация больного в первый день операции, ранняя стимуляция кишечника. При острой толстокишечной непроходимости вызванной обтурирующими опухолями кишечника выполнено 4 лапароскопические операции типа Гартмана с выведением колостомы, в последующем пациентам выполнялась лапароскопическая реконструкция. В 1 случае выполнена резекция поперечно-ободочной кишки. В 6 случаях выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с открытой декомпрессией и первичным анастомозом. При дивертикулите и перфорации дивертикула с диффузным перитонитом выполнены 5 лапароскопических резекции сигмовидной кишки с выведением колостомы. При ущемленных паховых грыжах выполнено 61 лапароскопическая герниопластика. 166 лапароскопических санаций и дренирований брюшной полости и сальниковой сумки при острых

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

панкреатитах, ферментативных перитонитах. При тотальных и субтотальных панкреонекрозах выполнено 64 гибридная, мануально-ассистированная некрсеквестрэктомия, санация и дренирование брюшной полости, с последующими этапными санациями и некрсеквестрэктомиями. В некоторых случаях этапность лечения заключалась в лапароскопической гибридной мануально-ассистированной абдоминализации поджелудочной железы, с некрсеквестрэктомией парапанкреатической, параколической клетчатки. Выводы: Совместная установка наших клиник - любая операция при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости или перитонит, при отсутствии общих противопоказаний, должна начинаться с диагностической лапароскопии, которая при подтверждении диагноза может перейти в лечебную, при наличии у хирурга квалификации для проведения эндохирургических операций. Эндохирургические вмешательства должны выполнять специалисты высокой квалификации, имеющие опыт и навыки выполнения традиционных и лапароскопических операций разной категории сложности, способные при необходимости перейти на открытый или реконструктивный этапы.

440. Современный подход при выборе способа эндохирургических антирефлюксных вмешательств.

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3)., К.С.Преснов (4), С.А.Ерин(3), Макушин А.А (3)., Харчук А.В. (2), С.В. Галлямова (3)

Москва. РФ

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ЗАО ГК «МЕДСИ». (4) МЦ Центрального Банка России;

В индустриально развитых странах современным подходом к хирургической коррекции желудочно-пищеводного рефлюкса стали лапароскопические антирефлюксные вмешательства. На сегодняшний день доказано определяющее значение лапароскопических операций в лечении осложненных форм гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы, ставших «золотым стандартом» эндохирургии, так же как в настоящее время лапароскопическая холецистэктомия. В тоже время не прекращается полемика о выборе способа фундопликации. По нашему мнению антирефлюксные лапароскопические вмешательства требуют индивидуального и мультидисциплинарного комплексного подхода. Цель: оценка результатов

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лапароскопической фундопликации у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) при выполнении различных способов эндохирургических антирефлюксных оперативных вмешательств, анализ полученных данных с позиции качества жизни пациентов. Материал. С 1993 по ноябрь 2014 г.г. в наших клиниках оперировано более 1400 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Соотношение женщин и мужчин 3:2; возраст больных колебался от 27 до 82 лет. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы по данным рентгенографии выявлена у 90,7%, причем, у 64,2% случаев – скользящая и у 15,2% пациентов – фиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У 85,4% больных выявлен эзофагит различной степени выраженности по Savary-Miller, у 0,4% больных – пептическая стриктура дистального отдела пищевода. У 37,3% пациентов имелось сочетание ГЭРБ и ЖКБ. Периоперационный мониторинг и ведение пациентов осуществлялся совместно с гастроэнтерологами. Оценка ретроспективных результатов оперативного лечения с позиции качества жизни пациентов с последующим анализом полученных данных проводилась совместно с медицинскими психологами с использованием специальной программы и тестового опросника GERD-HRQL. На этапах внедрения антирефлюксных вмешательств нами выполнялись оперативные вмешательства по методикам Lorat - Jacob – 0,2%, Dor – 0,5%, от которых в дальнейшем мы отказались получив рецидивы ГЭРБ и в настоящее время не считаем их полноценными антирефлюксными операциями. В следующей серии мы использовали фундопликации Nissen-Rosetti– 15,4% , однако формирование ротирующей пищевод гиперфункциональной фундопликационной манжеты влекло за собой возникновение длительной дисфагии и увеличение сроков послеоперационной реабилитации и отражалось на качестве жизни пациентов (неудовлетворительные результаты отмечены у 14,8% опрошенных, сохранявшиеся на протяжении от 3-х месяцев до 1 года). По мере накопления собственного опыта и ретроспективного анализа послеоперационных результатов наиболее предпочтительными оказались парциальные фундопликации по Toupet – у 18,1% и по Short floppy Nissen у 21,5% пациентов, Черноусову – у 11,4%, а также фундопликация в модификации клиники (патент РФ № 2291672); При больших грыжах (более 5см), а так же при нестандартных ситуациях (большие дефекты вследствие перенесенной травмы, повторные рефундопликации у пациентов перенесших оперативные вмешательства по поводу диафрагмальных грыж в детском возрасте) обязательная задняя крурорафия дополнялась протезированием дефекта пищеводного отверстия диафрагмы облегченными и композитными протезами. Двум больным с пептической стриктурой пищевода выполнена трансхиатальная резекция нижней трети пищевода с эзофагогастростомией. Осложнения после операции возникли у 46 (3,2%) больных, среди которых: повреждение паренхимы селезенки с образованием большой подкапсульной гематомы в процессе мобилизации дна желудка у 2 (0,14%) пациентов; карбокситоракс при мобилизации н/3 пищевода у 10 (0,7%) больных; перфорация кардиального отдела желудка у 5 (0,35%) пациента при мобилизации ретроэзофагеального пространства; развитие подпеченочного абсцесса у 1 (0,1%) больной и рецидив грыжи у 18 (1,2%) больных, вызванный расхождением ножек диафрагмы; рецидив рефлюкса у пациентов с парциальной фундопликацией потребовавший

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

реоперации возник у 5 пациентов, миграция манжеты Ниссена (феномен телескопа) у 2 пациентов (0,14%). У 98 (7,6%) больных отмечались кратковременные явления дисфагии, которые самостоятельно купировались; причем, чаще всего (14,7% больных) дисфагия отмечалась после операции по Nissen и Nissen-Rosetti (3 пациентам потребовался перевод на парциальную фундопликацию в связи с клиникой стойкой дисфагии), реже (0,5%) - у больных, которым выполнена парциальная фундопликация. На анализе собственных результатов лечения, мы убедились, что антирефлюксное лапароскопическое вмешательство требует индивидуального подхода. Циркулярность манжеты определяется не столько выраженностью симптомов ГЭРБ, сколько мобильностью дна желудка и исходной моторикой пищевода (формирование «физиологической манжеты»). Необходимо избегать фиксации манжеты к ножкам диафрагмы, поскольку это вызывает более выраженные явления дисфагии и болевой синдром. Доступ к пищеводно-желудочному переходу для наложения манжеты определяется типом желудочной секреции. Наиболее эффективными являются операции Nissen, Toupet, РНЦХ (по А.Ф.Черноусову) и разработанный в клинике способ фундопликации (патент РФ № 2291672) целесообразно при дефектах более 5 см, при гипотрофии ножек диафрагмы, у пациентов преклонного возраста. Важным считаем периоперационное взаимодействие хирурга, гастроэнтеролога и медицинского психолога с последующей оценкой результатов хирургического лечения и степени «удовлетворенности» качеством жизни пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

441. Применение лапароскопических и мануально-ассистированных (гибридных) технологий в лечении тяжелых форм панкреонекроза.

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Орлов Б.Б.(5), Галлямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4) Макушин А.А. (3), Ерин С.А.(3), Харчук А.В.(2), Джафаров Э. Т.(3)

Москва. РФ

1.МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; 2 Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; 3 ЗАО ГК «МЕДСИ»; 4 МЦ Центрального Банка России; 5 Кафедра факультетской хирургии РГМУ

В течение последних лет изменяются принципы ведения острого панкреатита. Это, главным образом, связано с прогрессивным изменением современных представлений о патогенезе заболевания, увеличением доступности компьютерной томографии, улучшением методов

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

детоксикации и улучшением инвазивных лечебных методик. С 2004 по 2014 г. г. лапароскопическим доступом оперированы 71 пациент, с инфицированным панкреонекрозом. 31 случай тотального поражения и 40 - субтотального панкреонекроза. Возраст больных колебался от 32 до 67 лет. Объем поражения определялся на основании данных ультразвукового исследования, контрастно-усиленной компьютерной томографии. Объем и распространённость деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей определялись по шкале E. Balthazar (1985). Больных стратифицировали по шкале E. Balthazar: со степенью D (3 балла) – 39 больных (единичные жидкостные образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы –30-50 %), со степенью E (4 балла) – 32 больных (два и более жидкостных образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы более 50%). Факт инфицирования устанавливался при бактериологическом исследовании интраоперационно забранного материала. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II $9,4 \pm 0,9$. С первых часов госпитализации проводился строгий лабораторный мониторинг специфических показателей с целью оценки тяжести синдрома системного воспалительного ответа и комплексные этиопатогенетически направленные консервативные мероприятия. Выполнение первичной хирургической некрэктомии являлось первым этапом в лечении больных с панкреонекрозом, при этом развитие панкреатической инфекции не рассматривалось в качестве единственного показания к хирургическому вмешательству. Применяли лапароскопический мануально-ассистированный (гибридный) и исключительно лапароскопический доступы в лечении панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. С первых суток после первичной санации начиналась ирригация парапанкреатического пространства через множественные дренажные конструкции большими количествами стерильного физиологического раствора (до 10 л в сутки). Этапные санации проводились лапароскопическим или внебрюшинным эндоскопическими доступами «по требованию» в зависимости от динамики клинической картины и данных КТ. Невозможность обеспечения адекватной одномоментной санации являлась показанием для выполнения повторных операций в программируемом режиме. При наличии раневых каналов после удаления тампонов или дренажей Пенроуза-Микулича этапные санации проводились через имеющиеся срединные и/или люмботомные доступы. Пациентам выполнялись от одной до пятнадцати эндоскопических санаций с интервалом 3-7 дней. Большинство пациентов находились на продленной вентиляции легких от 7 суток до 4 месяцев. Летальность составила 11,3 % (8 больных умерли в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности). Больные с инфицированным панкреонекрозом по-прежнему являются группой высокого риска среди больных тяжелым острым панкреатитом, для которых хирургический метод лечения остается предпочтительным. Первые результаты исследований оказались оптимистичными, но для достоверного статистического анализа необходимо большее количество клинических наблюдений. Достаточный уровень доказательности последующих исследований сделает возможным создание стандартов и алгоритмов лечения панкреонекроза и его осложнений с использованием высокотехнологичных эндохирургических технологий.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

442. Результаты хирургического лечения острого панкреатита алкогольной этиологии

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

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Острый панкреатит (ОП) в настоящее время завоевал лидирующие позиции, как и по осложнениям, так и по летальности в структуре неотложной хирургической патологии органов брюшной полости. Этиологическая роль алкоголя в развитии острого деструктивного панкреатита составляет от 50 до 80%. Цель работы – анализ результатов хирургического лечения острого панкреатита алкогольной этиологии. Материал и методы. При выполнении работы исследованы результаты хирургического лечения 59 пациентов с острым алкогольным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГАУЗ ГKB им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга в 2012-2014 гг. Всем пациентам проводилось традиционное комплексное лечение по общепринятой методике (инфузионная терапия в объеме 40 мл/кг в сутки, цитокиновая блокада (ингибиторы протеаз), блокаторы панкреатической (сандостатин) и желудочной секреции, спазмолитики, антибиотики). 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. Объем операции – ревизия, дренирование брюшной полости, по показаниям – дренирование сальниковой сумки. Холецистостома накладывалась в случае прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии. Показанием к выполнению пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ было наличие парапанкреатических жидкостных скоплений, в том числе инфицированных. Как правило, данный вид вмешательства производился не ранее 10 суток от начала заболевания при отсутствии положительной динамики от консервативных мероприятий, объеме кисты более 50 мл и отсутствии секвестров при УЗИ. Показаниями к вмешательствам из минидоступа, в том числе УЗИ-контролируемым, считали наличие парапанкреатического жидкостного скопления с неоднородным содержимым (секвестры) как первично, так и после предшествующих вмешательств – лапароскопической операции или пункционного дренирования под ультразвуковым наведением, полость

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сложной конфигурации с множеством затеков. Показания к открытой операции (срединная лапаротомия, люмботомия) были строго ограничены (инфицированный панкреонекроз с признаками значительного поражения ПЖ и (или) забрюшинных пространств, что требует массивной секвестрэктомии). В большинстве случаев открытое вмешательство не было самостоятельным методом хирургического лечения, а являлось последним методом в этапном лечении панкреонекроза, когда возможности малоинвазивных вмешательств были полностью исчерпаны. Результаты. Первично малоинвазивные вмешательства выполнены 46 пациентам, в том числе лапароскопия - 40 пациентам, пункция под УЗИ – 5, минидоступ – 1. Повторные оперативные вмешательства потребовались 13 (28,3%) больным, причем у 6 пациентов повторные вмешательства также были малоинвазивными. Показания к «вторичной» лапаротомии были выставлены у 7 пациентов. После повторных малоинвазивных вмешательств все пациенты выжили, после «вторичной» лапаротомии летальный исход у 2 больных. Летальность после малоинвазивных вмешательств составила 4,5% (4 пациента). В конечном итоге лапаротомия выполнена у 20 пациентов (33,9%), из них у 13 – первичная лапаротомия. После первичной лапаротомии летальный исход у 2 пациентов. Панкреонекроз инфицировался у 13 пациентов, 10 из которых перенесли первичную лапаротомию. Летальность составила 13,6% (8 человек). У 5 больных причиной смерти была «ранняя» (панкреатогенная) токсемия вследствие прогрессирующей полиорганной недостаточности и у 3 больных «поздняя» токсемия, то есть инфицированный панкреонекроз (панкреатогенный абдоминальный сепсис). Средний койко-день у выживших пациентов без лапаротомии составил - $14,85 \pm 1,28$, у перенесших лапаротомию – $30,99 \pm 5,27$. Анализ результатов хирургического лечения пациентов свидетельствует, что малоинвазивная хирургия как первый и ведущий этап инвазивного лечения является методом выбора в хирургическом лечении деструктивного панкреатита и ей принадлежит заслуга по уменьшению летальности от этого грозного заболевания. Открытые операции имеют право на жизнь при наличии строгих показаний (массивный гнойный процесс, неэффективность проводимого этапного малоинвазивного лечения), но в качестве стартового метода хирургической агрессии по умолчанию должна быть применена малоинвазивная хирургия. Выводы. Применение этапного подхода к хирургическому лечению острого деструктивного панкреатита алкогольной этиологии на основе использования малоинвазивных вмешательств в комплексе с адекватной патогенетической терапией позволяет в большинстве случаев локализовать течение панкреонекроза и провести заболевание по асептическому пути.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

443. Оперативное лечение рака желудка и ГИСО используя эндохирургические технологии. Наблюдения, анализ, перспективы.

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1,2,3,4), Тимербулатов М.В. (5), Сендерович Е.И. (6), Галлямова С.В.(3), Преснов К.С. (2,4), Макушин А.А. (3), Харчук А.В.(2)

Москва. РФ Уфа РБ

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2) Центральная Клиническая Больница Гражданской Авиации; (3) ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы»; »; (4) МЦ Центрального Банка России; (5) БГМУ Кафедра факультетской хи

По данным литературы рак желудка является одной из основных причин смерти от злокачественных опухолей во всем мире. Лечение рака желудка и ГИСО вступает в новую эпоху. Появилось большое число технологических изменений призванных минимизировать хирургическую травму, улучшить исходы хирургических вмешательств и повысить качество жизни больного. Цель: Улучшить выживаемость и качество жизни больных с раком желудка и гастроинтестинальными стромальными опухолями, путем применения эндохирургических технологий. С 2000 по март 2014 г.г. оперировано 75 больных с различными формами онкологических заболеваний желудка. Из них 48 (64 %) мужчин и 27 (36 %) женщин. Возраст больных колебался от 32 до 75 лет. Объем поражения устанавливался на основании, рентгенологического исследования, эндоскопического исследования, данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Оценка поражения желудка так же оценивалась по данным биопсии. Стадия процесса в дооперационном и послеоперационном периоде оценивалась согласно классификации Международного противоракового союза. Результаты. На базах кафедры выполнено 75 видеохирургических вмешательства: лапароскопическим доступом оперировано 55 (73,3 %) пациентов, из них 29 – по поводу рака желудка, 26 – по поводу ГИСО желудка. Лапароскопически-ассистированным доступом оперировано – 3 (4,0 %) пациента по поводу рака желудка; мануально-ассистированным доступом оперировано - 17 (22,7 %) пациентов по поводу рака желудка. В 24 (32,0 %) случаях выполнена гастрэктомия, из которых в 3 случаях выполнялась лапароскопически-ассистированная гастрэктомия, в 12 случаях выполнялась лапароскопическая гастрэктомия, и у 9 пациентов гибридная гастрэктомия. В 25 (33,3 %) случаях выполнялась субтотальная резекция желудка: у 17 пациентов выполнена лапароскопическая субтотальная резекция желудка и 8 пациентам- гибридная субтотальная резекция желудка. В 20 (26,7 %) случаях выполнялась лапароскопическая секторальная резекция желудка. В 6 (8,0 %) случаях выполнялась лапароскопическая проксимальная резекция желудка. При раке желудка всем пациентам выполнялась стандартная D-2-лимфодиссекция. Выполнение данных оперативных вмешательств проводилось с использованием стандартных наборов для эндовидеохирургических вмешательств, использовались ультразвуковые ножницы HARMONIC(ETHICON ENDOSURGERY), аппарат биполярной коагуляции LIGASURE, En-Seal, набор линейных эндоскопических сшивающих

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

аппаратов (Eshelon, АТВ-45, Flex, EndoGIA-30, Endouaniversal), устройство для ручного ассистирования LAP-DISK, DEXTRUS (ETHICON ENDOSURGERY). Удаленный орган помещался и эвакуировался из брюшной полости в герметичном контейнере, соблюдая принципы абластики. Время оперативных вмешательств составило 100-400 мин, кровопотеря составила 250-900 мл, продолжительность койко-дня 4-15 дней. Осложнения после операции возникли в 3(4,0 %) случаев в виде анастомозита. В 1(1,3 %) случае, пациенту с развившимся анастомозитом установлен самораскрывающийся, непокрытый нитиноловый стент (удален через 2 месяца). Применение эндохирургических технологий в лечении злокачественных образований желудка является эффективным, сочетая в себе соблюдение онкологических принципов лечения злокачественных заболеваний, адекватную радикальность оперативного вмешательства при малой/минимальной инвазивности. Малый процент осложнений (4,7%), позволяет сопоставить видеохирургические методы лечения с традиционными, однако, в связи с небольшим количеством наблюдений, систематизировать отдаленные онкологические результаты считаем преждевременным.

444. Аутофлуоресцентная эндоскопия в визуализации эпителиальных образований желудка

Князев М.В.(1), Дуванский В.А.(1,2)

Москва

1) РУДН, 2) ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины ФМБА России»

Цель - определить зависимость аутофлуоресцентного (АФ) окрашивания неоплазий желудка в зависимости от гистоморфологического строения. Материалы и методы. Были обследованы 3688 пациента обоих полов, средний возраст 57±13,6 лет. Выявлены эпителиальные образования у 123 пациентов (3,3%). Использовали эндоскопическую видеосистему Olympus Lucera CV-260, с режимом аутофлюоресценции АFI. Фиксировали АФ окрашивание образования в пурпурный или зеленый цвет. Для выяснения зависимости вида АФ окрашивания эпителиальных образований желудка от их гистологического строения, все образования разделили на 4 группы в соответствие с Венской классификацией гастроинтестинальных неоплазий: 1 группа включала в себя все виды гистоморфологически подтвержденных инвазивных и неинвазивных карцином; 2 включала аденоматозные образования с диспластическими изменениями 1-3 степени; 3 включала в себя образования с неопределенной дисплазией, смешанным

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

аденоматозно-гиперпластическим гистологическим строением; 4 контрольная включала в себя образования негативные по диспластическим изменениям, воспалительного характера. Результаты: Диагностические возможности АФ эндоскопии оценены с помощью показателей чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительного результата и отношения правдоподобия и составили: Чувствительность – 0,69; Специфичность - 0,71; Прогностическая ценность положительного результата – 0,92; Прогностическая ценность отрицательного результата – 0,31; Отношение правдоподобия – +LR- 2,4 и -LR-0,43. Выявлено, что пурпурное АФ окрашивание эпителиальных образований в 2,4 раза вероятнее, чем в контрольной группе. Выводы. АФ окрашивание эпителиальных образований желудка зависит от гистологического строения - карциноматозные и аденоматозные структурные изменения имеют пурпурный цвет. Данная АФ характеристика позволяет во время эндоскопического исследования получить дополнительную информацию о гистологическом строении образования и применить адекватный метод лечения.

445. Лечение осложненного течения желчнокаменной болезни у больных старческого возраста.

Полянцев А.А., Иевлев В.А., Трухань И.В., Черноволенко А.А., Михайличенко Г.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

В связи с общемировой тенденцией увеличения продолжительности жизни населения, отмечается рост пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) пожилого и старческого возраста и ее осложненным течением. Цель работы: Оценка возможности малоинвазивных технологий в лечении пациентов старческого возраста с осложненным течением ЖКБ. Материалы и методы: За последние 5 лет в клинике общей хирургии ВолгГМУ на лечении по поводу ЖКБ находилось 658 больных. Из них пациентов старческого возраста было 53 человека. С осложненным течением, в виде синдрома Миризи II типа и холедохолитиаза, сопровождавшихся механической желтухой с холангитом, пролечено 18 больных. Средний возраст в данной группе составил 79 лет, максимальный – 92 года. Мужчин было 3 человека, женщин 15. Результаты исследования: Всем больным с осложненным течением ЖКБ выполнялось транспапиллярное вмешательство. У 5 из 7 больных с синдромом Миризи и

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

у 7 из 11 пациентов с холедохолитиазом удалось выполнить полную литоэкстракцию и восстановить проходимость желчевыводящих путей. В связи с высоким риском открытого оперативного вмешательства, у оставшихся 6 больных, которым выполнить литоэкстракцию не удалось, решено было ограничиться стентированием холедоха пластиковыми стентами с целью декомпрессии желчевыводящих путей. После купирования воспалительных явлений все больные были выписаны на амбулаторное лечение. Летальных исходов не было. Пациентам, которым было выполнено стентирование внепеченочных желчных протоков, рекомендован прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты в стандартной дозировке. Отдаленные результаты у этих больных прослежены на протяжении от 6 до 24 месяцев. У двух пациентов спустя 12 месяцев конкрементов при контрольном исследовании не выявлено. В одном случае камень фрагментировался и был удален. В трех – размеры конкрементов были без динамики спустя 6-18 месяцев. За время наблюдения повторных атак желтух и холангита не отмечалось. Выводы: Все большее внедрение в повседневную практику транспапилярных вмешательств позволяет оказывать помощь, пациентам старческого возраста, сводя риск неблагоприятных исходов к минимуму. В случаях, когда литоэкстракцию выполнить не удастся, стентирование пластиковыми стентами защищает больных от повторных атак холангита. Применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты приводит в некоторых случаях к растворению конкрементов или их фрагментации.

446. Универсальная модель лапароскопического тренажера и организация рабочего пространства.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Рубанов В.А., Шемятовский К.А.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ

История развития симуляционных технологий в лапароскопии прошла путь от картонных коробок, адаптированных для обучения, до сложных виртуальных тренажеров, так и не определив наиболее эффективную и экономически выгодную модель для выработки базовых мануальных навыков. Лапароскопическая хирургия является совершенно новым разделом даже для опытных хирургов, оперирующих посредством традиционных доступов. Отсутствие базовых оперативных навыков и широкое распространение лапароскопических технологий в хирургии ставит непростую задачу в обучении специалистов. На начальных этапах

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

освоения лапароскопической хирургии основные трудности у обучающихся возникают при координации движений и навигации инструментов. Причиной тому служат, во первых, двухмерное изображение на мониторе, вызывающее у хирурга пространственный диссонанс. Во вторых, так называемый, «эффект опоры», формирующийся за счет введения лапароскопических инструментов через фиксированный троакар, делая движения противоположно направленными. Таким образом, эффективное обучение хирургов должно начинаться с тренировки координации движений и адаптации визуального анализатора к двухмерному изображению на экране монитора. В решении этих задач свою эффективность продемонстрировали лапароскопические тренажеры. На сегодняшний день на рынке обучающих технологии представлено огромное количество тренажеров для обучения базовым лапароскопическим навыкам. Их высокая стоимость стоит на пути широкого распространения в учебных и лечебных учреждениях. В стремлении к приобретению новых навыков врачи находили пути решения данной проблемы. В процессе внедрения эндоскопических технологий стало появляться всё больше информации об эффективности не только фирменных, но и различных самодельных тренажеров. Целью нашего исследования была разработка доступного тренажера для выработки базовых мануальных лапароскопических навыков. Анализ и разрешение таких трудностей как размер короба, расстояние между лапароскопическими портами, освещение, видеопроекция и организация рабочего пространства, с которым сталкивается любой специалист создающий тренажер своими руками. Определяя оптимальный размер лапароскопического тренажера, на кафедре был проведен анализ размеров передней брюшной стенки живота взрослого человека, глубины брюшной полости в условиях пневмоперитонеума и ряда уже имеющихся тренажеров. Средние размеры по длине, ширине и высоте составляют в среднем 30-35 x 25-30 x 17-20см. От расстояния между лапароскопическими портами зависит в первую очередь степень свободы инструментами. При этом глубина коробки является определяющим параметром и напрямую влияет на угол между лапароскопическими инструментами при работе. Для обучения и комфортной работы оптимальным углом между лапароскопическими инструментами внутри тренажера является 45 градусов. Но в реальной хирургической практике зачастую приходится работать параллельными или широко разведенными инструментами. Таким образом, универсальный тренажер должен обеспечить условия для тренинга не только из стандартных положений троакаров. При глубине тренажера в 20 см. расстояние между троакарами в 11 см. будут формировать угол между инструментами в 30градусов, при расстоянии в 16см. – угол в 45 градусов, при расстоянии 25см. – 75 градусов. От освещения рабочего поля в тренажере зависит в первую очередь качество проецируемой картины на экран монитора. Чем меньше света, тем выше зернистость изображения и меньше способность камеры в проецировании таких мелких элементов как игла и нить атравматичного шовного материала. Идеальным решением этой проблемы стало использование светодиодного источника света. Его основные преимущества: яркость, отсутствие теней, низкое энергопотребление, высокая долговечность и низкая температура нагрева световых элементов по сравнению с лампами накаливания. Выбор видеокамеры является важным фактором определяющий качество

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

проецируемой картины на экране монитора. Принципиальными являются 2 параметра – качество изображения и угол обзора камеры. Из доступных в продаже, оптимальным решением стала веб камера «Genius widecam f100». Материал для создания тренажера не имеет функционального значения, но определяет его внешний вид и долговечность. Оптимальным материалом является пластик был признан пластик. Существует ряд особенностей организации рабочего пространства, соблюдение которых, будет способствовать эффективному обучению и снижению утомляемости: расположение экран монитора на уровне глаз, прямая осанка, высота расположения тренажера, при работе на котором, изгиб в локтевом суставе составляет 90 градусов. Таким образом обучение базовым мануальным лапароскопическим навыкам на самостоятельно созданном тренажере не уступает обучению на дорогостоящих фирменных тренажерах. Соблюдение вышеописанных правил позволит создать высокофункциональный лапароскопический тренажер и обеспечить комфорт при освоении базовых лапароскопических навыков.

447. Виртуальный университет по хирургии WebSurg.com в России.

Луцевич О.Э., Галямов Э.А., Рубанов В.А.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ.

Внедрение и совершенствование высокотехнологичных видов медицинской помощи, к числу которых относят и малоинвазивные хирургические вмешательства, является приоритетным направлением развития отечественного здравоохранения. Стационары в крупных городах России активно оснащаются эндовидеохирургическим оборудованием, работа с которым требует не только освоения новых мануальных навыков, но и изучения большого пласта теоретической информации. Однако единой системы обучения эндовидеохирургическим технологиям и ресурса, объединяющего как опыт, так и знания российских эндохирургов в нашей стране не существует. Во всем мире ежедневно проходят эндохирурргические конгрессы, конференции и мастер-классы, где освещаются последние достижения в современной хирургии. В связи с большой занятостью у российских специалистов не всегда есть возможность посещать их. Всё больше и больше интернет ресурсы набирают популярность среди врачей во всем мире, но, к сожалению, их посещаемость российскими специалистами остается на низком уровне. Наиболее авторитетным международным Интернет-порталом,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

объединяющий опыт ведущих хирургов, медицинских ассоциаций и научных изданий всего мира является Websurg.com. Виртуальный университет хирургии Websurg.com это продукт тренинг центра IRCAD (Страсбург, Франция) который обладает уникальной видеобиблиотекой операций, лекций, докладов и объединяет более 300000 хирургов во всем мире. Основной задачей WebSurg.com является содействие развитию науки и искусства хирургии на международном уровне, внедрению новых технологий и обеспечение непрерывного образования врачей хирургических специальностей. Ни для кого не секрет, что языковой барьер является преградой между российской аудиторией врачей и мировыми web-ресурсами, и стоит на пути распространения уникального российского опыта за рубежом. Теперь материалы сайта Websurg.com доступны на русском языке, что, без сомнений, будет способствовать развитию хирургии в России, а публикация видеоматериалов повысит влияние отечественной хирургии на мировой арене.

448. Выбор метода хирургического лечения очаговых жидкостных скоплений в проекции поджелудочной железы

Андреева И.В.

Рязань

ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России

Очаговые жидкостные скопления в проекции поджелудочной железы (ПЖ) являются одним из самых частых осложнений острого деструктивного панкреатита. У 10–35 % больных в этой зоне формируются псевдокисты. Решающее значение в лечении псевдокист ПЖ имеет адекватное своевременное хирургическое вмешательство. В настоящее время применяют различные методики лечения псевдокист: открытое оперативное вмешательство с наружным дренированием, энуклеацией кисты и другими операциями, лапароскопическое дренирование и чрескожные эхоконтролируемые вмешательства. Каждый из этих методов имеет свои достоинства и недостатки, но единой концепции в отношении сроков его выполнения и объема нет. Проанализированы результаты лечения 768 больных с острым (ОП) и хроническим панкреатитом, у 112 из них выявлены острые очаговые жидкостные образования в ПЖ и окружающих тканях. Возраст пациентов составил от 22 до 87 лет. Мужчин было 422 (54,9%), женщин — 346 (45,1%). Тяжесть заболевания оценивали по шкале Ranson. ОП легкой степени (0—2 балла) отмечен у 269 (35,0%)

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

больных, средней тяжести (3—4 балла) — у 391 (50,9%), тяжелый (более 5 баллов) — у 108 (14,1%). У 112 пациентов возникли очаговые жидкостные образования ПЖ и окружающих тканей, из них у 36 (32,14%) — псевдокисты ПЖ, у 27 (24,11%) — оментобурсит, у 30 (26,79%) — острое скопление жидкости в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства, у 19 (16,96%) — абсцесс ПЖ и окружающих тканей. Пациентам по поводу очаговых жидкостных образований ПЖ и окружающих тканей при неэффективности комплексного консервативного лечения выполняли чрескожные вмешательства под контролем УЗИ методом свободной руки. Для пункции использовали иглы и дренажные наборы фирмы Balton (Польша) 6—10 Fr. В большинстве наблюдений после применения такой терапии в течение 1—2 нед отмечена положительная динамика лечения жидкостных образований. При этом самостоятельно исчезли небольшие псевдокисты ПЖ (диаметром менее 3—4 см), в том числе множественные (2—3) у 11 (30,56%) пациентов. Спонтанное устранение оментобурсита при небольшом объеме (50—100 мл) содержимого отмечено у 10 (37,04%) больных, острых скоплений жидкости в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства — у 12 (40%). При неэффективности проводимой терапии, увеличении размеров жидкостных образований ПЖ, сохранении клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков продолжающегося воспалительного процесса, сохранении гиперамилаземии проводили пункционное лечение. Показаниями к дренированию очаговых образований ПЖ и окружающих тканей считали: большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования. Относительным показанием к дренированию считали неэффективность пункций, проведенных более 3 раз. После чрескожной пункции псевдокист ПЖ продолжительность дренирования составила в среднем 11,2 сут. При наличии острых скоплений жидкости в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства перед пункцией брюшной полости определяли ультразвуковое окно, свободное от петель кишечника. Пункцию забрюшинного пространства производили в местах вне почек и магистральных сосудов. У 68 (86,08%) больных, которым произведено чрескожное вмешательство под ультразвуковым контролем по поводу очаговых скоплений жидкости в ПЖ и окружающих тканях, достигнуто радикальное излечение, лапаротомию у них не выполняли. Один пациент после дренирования самовольно удалил дренаж, что сопровождалось истечением содержимого в брюшную полость и потребовало выполнения повторных дренирований сальниковой сумки и брюшной полости. У 3 пациентов возникла болевая реакция во время вмешательства под местной анестезией, у 7 — потребовались повторные пункции, у 4 из них — дренирование. У остальных пациентов обнаружены истинные кисты ПЖ (у 4), опухоли ПЖ (у 3), в том числе метастатические (у 1). При наличии крупных секвестров в полости псевдокисты ПЖ пункционно-дренирующие вмешательства были неэффективными. Результаты применения чрескожных вмешательств под контролем УЗИ свидетельствуют об их высокой эффективности в качестве как первичной хирургической манипуляции в комплексе лечения деструктивного панкреатита, так и метода выбора в радикальном лечении.

449. Лапароскопические органосохраняющие операции в лечении миом матки

Галлямов Э.А., Аминова Л.Н., Галлямова С.В., Мурзина А.Г., Жаденов В.П., Папилова К.А., Баранова И.О., Павлова В.В., Кожарова Л.Г.

Москва

ЗАО ГК «МЕДСИ»

Актуальность: Миома матки является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний женских половых органов. В последнее время отмечается рост частоты возникновения миомы матки у женщин фертильного возраста, желающих сохранить свою репродуктивную функцию. Введение лапароскопических органосохраняющих методик в лечении миомы матки позволяет обеспечить возможность наступления и вынашивания беременности у женщин с данной патологией. Целью нашего исследования явился анализ результатов лапароскопических консервативных миомэктомий, поиск оптимальных путей выполнения данных оперативных вмешательств. **Материалы и методы:** В период с января 2014г по декабрь 2014г в нашей клинике было выполнено 56 консервативных миомэктомий лапароскопическим доступом. Размеры узлов при этом варьировали от 3 см до 15 см. Перед оперативным вмешательством проводились ультразвуковые и МР-исследования органов малого таза. Исследовались среднее время проведения операций, время стационарного послеоперационного лечения, объем кровопотери, количество осложнений. Среднее время проведения лапароскопических миомэктомий составило $87 \pm 28,6$ мин, причем время проведения коррелировало с размерами и количеством миоматозных узлов. Средняя кровопотеря составила $148 \pm 36,6$ мл. При операциях с использованием ультразвуковых ножниц Harmonic по сравнению с биполярным инструментарием средний объем кровопотери составил в среднем на 46,6 мл меньше. В 5 случаях выполнено временное пережатие внутренних подвздошных артерий сосудистыми клеммами, что позволяет минимизировать кровную потерю в особо сложных случаях. В период с января 2014г по декабрь 2014г интраоперационно было выполнено 2 конверсии с лапароскопического на лапаротомный доступ. В одном случае причиной перехода на лапаротомный доступ явилось кровотечение из маточных сосудов, в одном - выраженный спаечный процесс, большие размеры узла. Ложе узлов в 26 случаях ушивалось шовным материалом V-LOC, в остальных – нитью Викрил. Средняя продолжительность госпитализации составила $4 \pm 1,5$ дней. **Выводы:** 1. На наш взгляд, выполнение МРТ органов

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

малого таза перед оперативным вмешательством имеет преимущества перед УЗИ: более точное определение локализации, размера и количества узлов позволяет хирургу выбрать оптимальное направление первого разреза на матке, выполнить удаление максимального количества узлов, особенно при интрамуральном их расположении. 2. При выполнении лапароскопической консервативной миомэктомии применение современных систем гемостаза и диссекции (ультразвуковые ножницы) и шовного материала (V-LOC) позволяет сократить время операции, объем кровопотери и период послеоперационного восстановления. 3. Использование временного пережатия внутренних подвздошных артерий сосудистыми клеммами позволяет снизить интраоперационную кровопотерю в особо сложных случаях.

450. Эффективная методика обучения интракорпорального шва.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Рубанов В.А., Михайликов Т.Г., Шемятовский К.А.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ

На сегодняшний день эксперты в лапароскопической хирургии расценивают интракорпоральный шов (ИКШ) в качестве обязательного навыка, которым должен владеть хирург перед началом освоения лапароскопической хирургии в условиях операционной. Навык ИКШ позволяет не только расширить спектр выполняемых операций, но и разрешить ряд интраоперационных осложнений, уменьшив таким образом количество конверсий. В отличие от экстракорпорального шва (при котором узел формируется экстракорпорально) ИКШ имеет ряд преимуществ – сокращение времени наложения шва при приобретении должного навыка, отсутствие необходимости в дополнительных инструментах (пушер), экономия шовного материала. Обучение ИКШ должно входить в обучающие программы по приобретению базовых лапароскопических навыков, после отработки координации движений и полной адаптации зрительного восприятия к двумерному изображению экрана монитора на начальных этапах. Уникальность метода обучения ИКШ, разработанный на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ, является индивидуальный подход в обучении каждого курсанта и раздельное освоение интракорпорального шва. За период с января 2013г. по апрель 2014г. в симуляционном классе кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ и московских тренинг центрах «Karl Storz» и «Praxi

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

«Medica» прошло обучение 255 человек, по методике предложенной на кафедре. В исследовании приняли участие студенты медицинских ВУЗов, интерны, ординаторы и практикующие врачи хирургических специальностей. На подготовительном этапе, для оценки пространственного диссонанса и координации движений курсанта проводилось тестирование в виде однократного последовательного выполнения упражнения №1 (перекладывание предметов) и упражнения №2 (прецизионное вырезание круга) из программы MISTELS (Mc.Gill Inanimate System for Training and Evaluation of Laparoscopic Skills program). Курсантам, которые при тестировании на упражнениях №1 и №2 показали необходимый результат (110с. и меньше), было предложено пройти тест ИКШ, минуя обучение базового блока упражнений №1 и №2. Обучение ИКШ было разбито на два этапа. На первом этапе, в разработанном упражнении, отрабатывается техника позиционирования иглы и ее проведение через искусственные ткани. На втором этапе проходила отработка интракорпорального формирования узлов на заранее фиксированной нити (без иглы), что снизило в разы цену обучения, исключив необходимость использования дорогого атравматичного шовного материала. В упражнении по тренировки интракорпорального формирования узла проводилось фиксирование времени по окончанию наложения первого двойного и двух одинарных узлов. После стабилизации результатов в формировании узлов, курсанты переходили к тренировке интракорпорального фиксирования иглы в иглодержателе и проведения последней через ткани. По достижению стабильных результатов в вышеописанных упражнениях проводился контроль обучения по средствам наложения полноценного интракорпорального шва. По результатам проведенного нами тестирования 255 курсантов (на упражнениях №1 и №2 MISTELS) было выявлено, что только 20% практикующих врачей хирургических специальностей имеют необходимые мануальные навыки для начала освоения ИКШ. Это позволило им начать непосредственное обучение, минуя отработку техники на первых упражнениях. Остальные 80% специалистов нуждались в дополнительной тренировке базовых мануальных навыков. При обучении интракорпорального шва по предложенной на кафедре методике, во всех трех группах (студенты, интерны/ординаторы, врачи хирургических специальностей) отмечалось прогрессивное улучшение скорости выполнения упражнений в первые 20 повторений, после результаты стабилизировались на значениях 60 и 90 секунд. По данным контрольного тестирования ИКШ, после проведенного обучения, разницы результатов между группой студентов, интернов/ординаторов и врачей не выявлено и свидетельствует о том, что все курсанты пришли к одному результату. При сравнении результатов тестирования ИКШ до и после прохождения обучения, была выявлена статистически достоверная разница, что говорит об эффективности проведенного обучения и предложенной методики в целом.

451. Опыт хирургического лечения распространенного инфильтративного эндометриоза

Галлямов Э.А., Аминова Л.Н., Галлямова С.В., Мурзина А.Г., Жаденов В.П., Папилова К.А., Баранова И.О.

Москва

ЗАО ГК « МЕДСИ»

Эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Одной из наиболее тяжелых форм эндометриоза считается инфильтративная, которая характеризуется образованием плотных эндометриоидных очагов, прорастающих в соседние органы и ткани. В диагностике инфильтративных форм эндометриоза используются УЗИ, МСКТ, МРТ, а также эндоскопические манипуляции (цистоскопия, колоноскопия), позволяющие определить степень поражения соседних органов и тканей, однако, «золотым стандартом» по-прежнему является лапароскопия. Оперативное лечение распространенного инфильтративного эндометриоза представляет собой сложную задачу, так как во время операции необходимо максимально удалить эндометриоидные инфильтраты, чтобы избежать рецидива заболевания. Мы представляем описание клинического случая и оперативного лечения распространенного инфильтративного эндометриоза у пациентки нашей клиники. Клиническое наблюдение Пациентка М., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение Клинической больницы №2 Медси с жалобами на боли внизу живота, связанные с менструальным циклом. Из анамнеза: в 1998г была выполнена лапароскопия, цистэктомия слева по поводу эндометриоидной кисты. По данным УЗИ в марте 2014г у пациентки были выявлены двусторонние кисты яичников. В нашей клинике пациентке была выполнена лапароскопия, во время операции выявлен выраженный спаечный процесс в малом тазу. Матка увеличена до 6-7 недель беременности за счет аденомиоза, шаровидной формы, ротирована влево. К передней стенке матки интимно припаяна стенка мочевого пузыря. Дугласово пространство не визуализируется ввиду выраженного спаечного процесса. Задняя стенка матки в едином спаечном конгломерате с петлей сигмовидной кишки, правыми и левыми придатками, париетальной брюшиной левой боковой стенки таза с формированием эндометриоидного инфильтрата 10x10 см. Придатки слева не визуализируются ввиду выраженного спаечного процесса. Правый яичник увеличен до 4.5 см в размерах, синюшно-желтоватой окраски, сплошь покрыт поверхностными эндометриоидными гетеротопиями, фиксирован к стенке матки, мезосальпинксу, тазовой брюшине. Интраоперационный диагноз: Распространенный наружный эндометриоз IV степени с тотальным прорастанием эндометриоидных гетеротопий стенок мочевого пузыря, сигмовидной кишки, заднего свода влагалища. Интраоперационно произведена цистоскопия. При проведении цистоскопии подтверждено тотальное прорастание в дно мочевого пузыря эндометриоидного инфильтрата в виде гроздьевидных синюшно-

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

фиолетовой окраски эндометриоидных разрастаний размером 3 x 2 см. Выполнено стентирование мочеточника слева. Произведена резекция стенки мочевого пузыря и удаление эндометриоидных гетеротопий в пределах здоровых тканей, стенка мочевого пузыря ушита непрерывным викриловым швом. Далее поэтапно произведено выделение и иссечение задней стенки влагалища на уровне свода, удаление эндометриоидных гетеротопий общим размером 4 x 3 см. в пределах здоровых тканей. Следующим этапом произведена резекция сигмовидной кишки с участком плотного эндометриоидного инфильтрата размерами 4 x 4 см. Проксимальный конец ободочной кишки с эндометриоидным инфильтратом выведен через послеоперационное поле заднего свода влагалища, пересечен экстракорпорально. При помощи циркулярного сшивающего аппарата 28 мм. наложен сигмо-ректоанастомоз конец в конец. Дополнительно линия анастомоза укреплена шестью отдельными узловыми серозо-серозными викриловыми швами. На стенку влагалища наложены отдельные, двухрядные, викриловые швы. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Обращает на себя внимание, что, несмотря на выраженный распространенный инфильтративный процесс с поражением мочевого пузыря и сигмовидной кишки, у пациентки не отмечалось расстройств мочеиспускания и стула (т.е. процесс протекал бессимптомно). Таким образом, пациентки с различными формами эндометриоза требуют максимально полного обследования перед оперативным вмешательством для исключения возможного инфильтративного поражения других органов малого таза и брюшной полости. Необходимо включать в план обследования выполнение МРТ органов малого таза, колоноскопию, по показаниям - цисто- и уретероскопию. У пациенток с выявленным инфильтративным эндометриозом хирургическое лечение должно проводиться в многопрофильных хирургических стационарах, с привлечением различных специалистов – хирургов, урологов, колопроктологов. Такого рода операции – на стыке различных специальностей – должны проводиться высококвалифицированными и опытными врачами.

452.СЛУЧАЙ ОДНОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МЭН 2В (СИНДРОМ ГОРЛИНГА)

Майстренко Н.А.(1), Ромащенко П.Н.(1), Прядко А.С.(1,2), Лысанюк М.В.(1), Камалов Е.Н.(2), Феофанова С.Г.(2), Угольникова Е.В.(2)

Санкт-Петербург

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ 2) Ленинградская областная клиническая больница

Вопросы хирургического лечения феохромоцитомы являются одними из наиболее сложных в хирургической эндокринологии, что обусловлено высоким операционным риском, возможностью развития тяжелых гемодинамических нарушений, как в ходе операции, так и в послеоперационном периоде. Наибольшие трудности в выборе тактики лечения возникают при двустороннем поражении надпочечников, которое у пациентов феохромоцитомой встречается в 10-15% случаев, носит наследственный характер и связано с синдромом множественной эндокринной неоплазией (МЭН). В литературе описываются единичные случаи одноэтапного хирургического лечения больных двусторонней феохромоцитомой, при этом выбор рационального оперативного доступа остается дискуссионным. Цель исследования – показать возможность одноэтапного хирургического лечения пациента двусторонней феохромоцитомой с использованием современных хирургических технологий. Материалы и методы исследования. Представлены результаты обследования и хирургического лечения в объеме двусторонней эндоскопической адреналэктомии ретроперитонеоскопическим доступом больного с двусторонней феохромоцитомой в рамках синдрома МЭН 2В типа (синдром Горлинга). Результаты исследования. Пациент Ш., 27 лет, поступил на лечение с жалобами на приступы повышения АД до 150 и 90 мм рт. ст., сопровождающиеся выраженной нейровегетативной симптоматикой, которые беспокоят в течение 1 года. В возрасте 15 лет пациенту выполнена тиреоидэктомия с лимфаденэктомией по поводу медулярного рака щитовидной железы. При объективном обследовании пациента отклонений от нормы не выявлено, АД 130/80 мм рт. ст. При УЗИ, КТ в проекции правого надпочечника выявлено образование умеренно повышенной эхогенности с гипоехогенным ободком размером 3,4x2,6см; в проекции левого надпочечника – аналогичное образование размером 4,4x3,8см. Гормональный статус: уровень метанефрина крови повышен до 773 пг/мл (норма до 90), норметанефрина – до 691,1пг/мл (норма до 180). Проведенное инструментальное и гормональное обследование (УЗИ шеи, кальцитонин крови) свидетельствовало об отсутствии рецидива медулярного рака щитовидной железы. В результате обследования у больного диагностирована двухсторонняя феохромоцитома в рамках синдрома МЭН 2В типа (синдром Горлинга). С целью предоперационной подготовки пациенту проведена терапия альфа-адреноблокатором (доксазозин 10мг/сут), что позволило нормализовать показатели АД. Пациенту выполнена операция в объеме эндоскопической двусторонней адреналэктомии одномоментно двумя хирургическими бригадами с использованием двух лапароскопических комплексов. В положении пациента на животе через разрез ниже XII ребра по лопаточной линии (порт для лапароскопа) в забрюшинном пространстве справа и слева при помощи баллонного дилататора сформированы полости, в которые по задней подмышечной линии и паравертебральной линии введены 5-мм и 10-мм троакары для манипуляторов. При ретрокарбоксиперитонеуме 20 мм рт. ст. с помощью аппарата «LigaSure» из окружающей жировой клетчатки путем поэтапной электрокоагуляции мелких надпочечниковых сосудов выделены правый и левый надпочечники, замещенные опухольями.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Центральные вены надпочечников коагулированы и пересечены аппаратом «LigaSure», препараты удалены в контейнере через канал троакара для видеосистемы. Сформированные забрюшинные полости дренированы. Общая продолжительность операции составила 4 часа 10 минут, объем кровопотери – 50мл. При гистологическом исследовании удаленных опухолей установлена морфологическая картина феохромоцитомы трабекулярного строения. Иммуногистохимическое исследование показало интенсивную экспрессию клетками опухолей Vimentin, Chromogranin A, умеренную – Synaptophysin. Индекс пролиферативной активности опухолей (Ki-67) составил 3–5%. Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи из забрюшинного пространства удалены на 2-е сутки после операции. Подобрана заместительная гормональная терапия («кортеф» 65 мг/сут), на фоне которой признаков надпочечниковой недостаточности нет. Пациент выписан на 9-е сутки послеоперационного периода. При обследовании через 5 месяцев после операции состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, на фоне заместительной гормональной терапии признаков надпочечниковой недостаточности нет. Вывод: обоснованное применение эндовидеохирургических технологий позволяет провести одноэтапное лечение пациентов с двусторонними феохромоцитомами надпочечников, сократить общую длительность лечения, обеспечить хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

453.Лапароскопические герниопластики по поводу паховых грыж . Как мы это делаем?

Карукес Р.В., Чернышев А.А., Абовян А.Р., Калиниченко И.А.

Ростов-на-Дону

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД»

Пластика паховой грыжи — это наиболее часто выполняемая в мире операция. В США ежегодно выполняется более 700000 грыжесечений, во Франции - 110000, в Великобритании - 80000 (В.Д. Федоров и соавт., 2000; I.M. Rutkow, 1992; G. Champault и соавт., 1994; J.M. Nay, 1995). В России производится ежегодно около 200000 грыжесечений, из них по поводу ущемления - более 29000. Техника пластики паховой грыжи развивалась в течение двух последних веков (методы Бассини, Мак-Вэя, Шоулдайса, основанные на использовании собственных тканей). Позднее была внедрена методика ненатяжной пластики с использованием сетки в качестве попытки уменьшить послеоперационные боли и количество рецидивов. Лапароскопическая пластика была разработана в начале 1990-

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

х гг. В работу нашего отделения лапароскопическая герниопластика внедрена в 2008 г. В исследовании изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов, которым была выполнена трансабдоминальная преперитонеальная пластика по поводу паховых грыж. Цель исследования: оценить эффективность и надежность трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРР) в лечении пациентов с паховыми грыжами. Материалы и методы: в период с мая 2009 г. по август 2014 г. на базе хирургического отделения № 4 по данной методике прооперировано 285 пациентов с паховыми грыжами. Противопоказаниями для выполнения данной операции являлись инфекции брюшной полости, некорректируемые коагулопатии и невозможность общей анестезии. Относительным противопоказанием являются перенесенные ранее операции, такие как простатэктомия или обширные операции на органах малого таза. Хотя в одном случае была выполнена 2-х сторонняя лапароскопическая герниопластика у пациента ранее (2 года назад) перенесшего в нашей клинике переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака прямой кишки) У 285 пациентов (70,9 %) была односторонняя локализация грыжи. Из них у 31 человека (10,9 %) выявлены рецидивные грыжи (ранее оперированы аутопластически). У 52 (18,2 %) пациентов имела место 2-х сторонняя локализация грыжи. У 43 (15,1%) пациента выполнены симультантные операции (у 24-х (7,5%) в сочетании с лапароскопической холецистэктомией, у 6-х (2,1%) в сочетании с удалением кисты урахуса, у 7-и пациенток (2,4%) выполнено удаление кисты яичника, у 6-х (2,1%) пациентов лапароскопическая фундопликация по поводу ГПОД). Время выполнения операций варьировало от 27 минут до 135 минут. Использовалась стандартная установка трех троакаров (5 мм, 10мм и 12 мм) при односторонней локализации и модифицированная при двухсторонней локализации грыж. В этом случае боковые троакары устанавливались по латеральным краям прямых мышц живота. В случае симультантных операций устанавливались необходимые дополнительные порты. Во всех случаях перед установкой выполнялся раскрой трансплантата на 2 бранши (нижняя 1/3 ширины протеза, верхняя 2/3 ширины протеза). Нижняя бранша подводилась под семявыносящий проток и сосуды яичка. Фиксация осуществлялась в 6-8 точках либо П-образными скрепками, либо спиралевидными (герниостеплер Эфа 5 мм). Дренирование зоны операции не осуществляем. В первый год работы использовался полипропиленовый протез стандартный, в последние 4 года применяем облегченный «Эсфил-Линтекс». Минимальный размер сетки брался 8x12 см. Чаще всего используется сетка размером 10x15 см. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль зоны оперативного вмешательства для определения наличия серозной жидкости в парапротезном пространстве. Результаты: у 17 (5,9%) пациентов интраоперационно отмечено такое осложнение, как подкожная эмфизема, которая регрессировала в течение первых суток после операции. У 6-и (2,1%) пациентов в раннем послеоперационном периоде возникло транзиторное нарушение мочеиспускания (пациенты с ДГПЖ). У 20-и (7%) пациентов выявлены серомы в области установки сетки, которые излечены пункционным методом в течение 10-14 суток. Использование лапароскопической методики позволило в 13-и (4,5%) случаях выявить контрлатеральные грыжи и выполнить одномоментную пластику с 2-х сторон. Болевой синдром в послеоперационном периоде был

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

невыраженный и корригировался назначением НПВС в первые сутки после операции. Время пребывания в стационаре при односторонних грыжах составило 2-4 дня, при двусторонних и симультантных операциях 3-5 дней. В сроки до 3-х лет прослежено 95 пациентов. Рецидив грыжи возник у одного пациента (1 %), занятого тяжелым физическим трудом, нарушившим сроки реабилитации. В последующем ему была выполнена операция Лихтенштейна. Заключение: трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАРР) представляет собой эффективный и надежный способ лечения паховых грыж (особенно рецидивных), обеспечивает оптимальную визуализацию анатомических элементов, позволяет выполнить ревизию органов брюшной полости с коррекцией найденных других патологических процессов, а также приводит к быстрой реабилитации пациентов и скорейшему возвращению к трудовой деятельности.

454.Лапароскопическое ушивание как метод выбора в лечении перфоративных язв пилорического отдела желудка и ДПК

Кадиров К.М., Журавлев Г.Ю.

Липецк

ГУЗ "Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1"

Язвенная болезнь желудка и ДПК остается одним из наиболее распространенных заболеваний в хирургической гастроэнтерологии. Современные возможности диагностики и успехи фармакотерапии язвенной болезни, способствовали уменьшению количества осложнений данного заболевания. Это позволило уменьшить процент плановых операций, однако число экстренных операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК - в частности перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) – не уменьшается, а остаётся стабильно высокой. В структуре ургентной хирургии прободные язвы составляют, по различным данным, от 2.0 до 4.1%. К сожалению остаются высокими цифры летальности при ПГДЯ, в течении многих лет на уровне от 5 до 12.5%. Наиболее часто наблюдается перфорация язв передней стенки ДПК и постбульбарных язв ДПК. В последние годы отмечается увеличение процента острых язв, также осложняющихся перфорацией, в данном случае клиника перфорации отмечается атипичной симптоматикой на фоне течения основного заболевания. Операцией выбора в хирургии ПГДЯ на сегодняшний день является ушивание перфоративного отверстия. Внедрение лапароскопической техники открыло большие перспективы

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

использования щадящих малоинвазивных методов. Особенно предпочтителен лапароскопический метод в тех, далеко нередких случаях, когда длительность оперативного вмешательства и тяжесть операционной травмы имеют по сути решающее значение для жизни пациента. Материалом для исследования послужили данные, полученные при анализе лечения 187 пациентов с диагнозом язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная перфорацией (2003-2013г). Надо отметить, что лапароскопическое ушивание в нашей клинике проводится с 1997. Возраст пациентов от 16 до 82 лет, преобладающее количество больных были в возрасте от 21 до 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 10:1. В стационар поступали в основном в течение первых 6 ч от начала заболевания. У 21 (11,2%) пациента отмечалась сопутствующая патология различного характера, причем у 11 из них- старшая возрастная группа от 60 лет- было от 1 до 3 сопутствующих заболеваний одновременно. Всем пациентам с диагнозом ПГДЯ проводилась диагностическая лапароскопия. Из 187 пациентов в 139 (74,3%) наблюдениях произведено лапароскопическое ушивание, у 48 (25,6%) больных проведена конверсия. Причинами перехода на лапаротомию были- перфорация более 12 мм, обширная зона воспалительной инфильтрации, пенетрирующий характер язвы, разлитой перитонит, а также противопоказания к длительному пневмоперитонеуму. На дооперационном этапе проводились как общепринятые, так и специальные методы исследования: рентгенологическое исследование, ФГДС, УЗИ. Объем исследования проводился с учетом клиники и тяжести пациента. Большие затруднения возникали в отношении пациентов старшей возрастной группы, что было обусловлено стертой клинической картиной, отсутствием характерного анамнеза и объемной сопутствующей патологией. ЭФГДС мы считаем необходимым методом дооперационного обследования ПГДЯ, позволяющим уточнить локализацию и размер язвы, проходимость пилородуоденального канала. У преобладающего числа пациентов диаметр перфорационного отверстия варьировал от 4 до 10 мм. При проведении диагностической лапароскопии, после санации брюшной полости выставлялись показания к лапароскопическому ушиванию перфоративного отверстия. Ушивание проводилось несколькими способами, чаще всего использовалось формирование интракорпорального узла. На основании собственного опыта, а также анализа данных литературы, формирование интракорпорального узла мы считаем наиболее целесообразным способом, так как в этом случае не требуется натяжения нити – с эффектом пиления. Трудности возникали при ушивании больших перфоративных отверстий. В большинстве случаев применялось укрепление линии швов, как правило, проводилось подшивание пряди большого сальника к перфоративному отверстию. Оперативное вмешательство заканчивалось контролем ФГДС с проверкой герметичности ушивания, санацией и дренированием брюшной полости. Наиболее целесообразным считаем дренирование подпеченочного пространства, при выраженном перитоните также показано дренирование малого таза, боковых флангов. Длительность операции варьировала от 40 до 85 мин., большую часть времени отнимала санация брюшной полости. В отдельных случаях из 139 наблюдались послеоперационные осложнения – несостоятельность ушивания, что требовало повторного оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия с учетом суточной рН метрии. Средняя

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

длительность нахождения в хирургическом отделении составляла 6 койко-дня. Нарушения трудоспособности, получения группы инвалидности после лапароскопического ушивания не отмечено. Таким образом, высокотехнологические, миниинвазивные методы в виде лапароскопического ушивания ПГДЯ, с последующей полноценной реабилитацией, наряду с улучшением результатов лечения, обеспечивают косметический эффект, способствуют повышению качества жизни.

455.Роботассистированная адреналэктомия: первый опыт.

Абоян И.А.; Рошак Б.В.; Грачев С.В.; Сапов А.В.;

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ "Здоровье"

В связи с широким распространением современных высокоинформативных методов диагностики в последнее время заметно увеличилась выявляемость пациентов, имеющих новообразования надпочечников. Соответственно, увеличение числа больных с данной патологией не могло не привести к росту оперативных вмешательств, выполняемых на данном органе. Ведущее место в лечении новообразований надпочечников остается за хирургическими методами, представленными на сегодняшний день различными видами доступов и техники оперирования (трансабдоминальный и ретроперитонеальный), каждый из которых имеет как свои преимущества, так и недостатки, в числе которых могут фигурировать часто встречающиеся осложнения: ранения нижней полой вены, поджелудочной железы, селезенки, сосудов почки, двенадцатиперстной кишки. Вместе с тем, все большее число вмешательств выполняются с уклоном в сторону малоинвазивных операций. Роботическая хирургия – одна из новых зарекомендовавших себя технологий. Преимущества аппаратуры, в числе которых наличие 3-D изображения, точность выполнения хирургических действий и увеличенная свобода движения инструментов, необходимая при оперировании в малых пространствах, способствовали внедрению данной технологии в хирургическое лечение новообразований надпочечников. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 5 пациентов с различными видами и локализацией новообразований надпочечников, выполненного в МБУЗ КДЦ «Здоровье» за период с 01.09.2014 по 10.12.2014 г. Среди данного контингента больных показаниями к адреналэктомии явились: образования, имеющие тенденцию к быстрому росту, гормонально активные опухоли надпочечников любого размера;

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

гормонально неактивные опухоли надпочечников более 3 см в диаметре. Диагнозы подтверждались данными топической диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) и лабораторными исследованиями. Оперативное лечение выполнено всем больным с помощью трансабдоминального доступа. Возраст пациентов составил от 30 до 62 лет, составив в среднем 49.2 лет. Группа из пяти больных состояла из одного мужчины и четырех женщин. Нозологические формы новообразований после гистологического анализа оказались представлены одной ганглионевромой, тремя адренокортикальными аденомами и одной феохромоцитомой. Сроки пребывания больных в стационаре после оперативного вмешательства составили в среднем 8.4 дня (от 7 до 10 дней). Среди осложнений наблюдался один случай серомы в области удаленного левого надпочечника, не проявляющейся клинически и подвергнутой динамическому наблюдению. Летальных исходов в данной группе пациентов не было. Таким образом, проведенное наблюдение показало, что роботассистированная трансабдоминальная адреналэктомия является эффективным и достаточно безопасным методом в хирургическом лечении новообразований надпочечников, включая гормональноактивные опухоли, что обусловлено, прежде всего, технологическими и эргономическими преимуществами используемой аппаратуры и позволяет рекомендовать использование роботассистированного трансабдоминального лапароскопического способа как метода выбора в лечении пациентов с различными новообразованиями надпочечников.

456.Минигастрошунтирование в лечении морбидного ожирения – первый опыт.

Самойлов В.С.(1,2), Вдовин В.В.(1), Реминный А.В.(1), Хальченко Е.А.(1), Малкина Н.А.(2)

Воронеж

1)НУЗ "ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД", 2) ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Набирающая в последние годы в мире популярность операция минигастрошунтирование (mini-gastric one-anastomosis bypass) находит все больше поклонников среди бариатрических хирургов нашей страны и многими выполняется рутинно. Ряд авторов рассматривают данную операцию как альтернативу традиционному желудочному шунтированию, которое является «золотым стандартом» бариатрической хирургии. Среди преимуществ минижелудочного шунтирования отмечают: более выраженное снижение массы тела, сокращение времени операции,

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сокращение числа ранних послеоперационных осложнений и длительности пребывания, более быстрое обучения хирурга, эффективность при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Среди недостатков данной методики упоминается вероятность повышенного развития желчного гастроэзофагеального рефлюкса. Первый опыт выполнения лапароскопического минигастрошунтирования в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» представлен случаем пациентки с индексом массы тела 42,2 кг\кв.м., сахарным диабетом 2 типа, желчнокаменной болезнью. 13.10.14 г. произведено лапароскопическое минигастрошунтирование, холецистэктомия. Операция выполнена с использованием 5 портов. Желудочная трубка выкраивалась на зонде 32 Fr., длина петли тонкой кишки от связки Трейца до гастроэнтероанастомоза 200 см, анастомоз наложен линейным сшивающим аппаратом с ручным закрытием. Время операции 160 мин. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 4-е сутки после операции. Непосредственные результаты: через 2 месяца после операции % EWL- 52%, пациентка потеряла 28 кг. Самочувствие хорошее, изжоги нет, признаков сахарного диабета нет, сахароснижающую терапию не получает, комфортность питания удовлетворительная. Таким образом, минигастрошунтирование является перспективным, достаточно безопасным методом операции при морбидном ожирении, эффективным при сахарном диабете 2 типа. При наличии опыта выполнения продольной резекции желудка и стандартного желудочного шунтирования по Ру, операция минигастрошунтирования комфортна для хирурга на этапе освоения.

457.Первый опыт лапароскопических операций в лечении морбидного ожирения.

Кислов В.А., Панфилов С.В., Скачков А.М., Попова А.С.

Архангельск

ФГБУЗ СМКЦ им. Н.А.Семашко ФМБА России

В мире отмечается рост количества пациентов с морбидным ожирением. Они часто нуждаются и в хирургическом лечении. Цель. Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением путем использования лапароскопических технологий. Материалы и методы. В 2015 году в СМКЦ им. Н.А.Семашко проведено 10 лапароскопических рукавных резекций желудка. Все пациенты направлялись из городского эндокринологического центра после

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

всестороннего обследования при неэффективности консервативного лечения. Из 10 пациентов 6 были женщинами. Средний возраст оперированных больных составил 45,7 года (31-59 лет), а ИМТ в среднем 46,8 (35-61). Операции проводились под ЭТН, использовалось пять троакаров. Мобилизация желудка по большой кривизне осуществлялась ультразвуковым скальпелем, особое внимание уделялось полной мобилизации дна органа. Формирование желудочной трубки проводилось на калибровочном зонде. Для резекции использовались линейные сшивающе-режущие аппараты, высота скобочного шва выбиралась в зависимости от части желудка. Гемостаз линии резекции достигался коагуляцией и наложением клипс. Частично аппаратный ряд швов погружался дополнительными узловыми швами. Резецированный желудок удалялся через одну из троакарных ран, предварительно расширенную. Через эту же рану устанавливался дренаж вдоль большой кривизны. В четырех случаях симультанно проведена холецистэктомия по поводу ЖКБ. Для этого устанавливался дополнительный троакар. Результаты. Среднее время операций (с учетом холецистэктомий) составило 129 минут (80-205 минут). Дренаж удалялся на 3 сутки. Интра- и послеоперационных осложнений отмечено не было. Пациенты выписывались из стационара на 7 сутки. Наблюдаемая динамика снижения веса после операции удовлетворительная. Выводы. Лапароскопическая рукавная резекция желудка может быть безопасным и эффективным методом в лечении пациентов с морбидным ожирением. Возможно проведение симультанных операций у данной группы больных.

458. Перитонит у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию программным гемодиализом.

Абоян И.А.; Рошак Б.В.; Грачев С.В.; Сапов А.В.;

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ "Здоровье"

ТХПН (терминальная хроническая почечная недостаточность) и перитонит - две нозологии, каждая из которых сопровождается угнетением иммунитета и имеет высокую летальность. До настоящего времени в литературе мы не встретили данных о целенаправленном изучении клинических проявлений перитонита у больных с ТХПН, поэтому наше наблюдение направлено, в первую очередь, на изучение этого состояния и улучшение диагностики и результатов коррекции перитонита у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности,

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

получающих заместительную терапию программным гемодиализом (ПГД). Основной нашей задачей являлось улучшение качества лечения путем изучения особенностей течения перитонита у пациентов в терминальной стадии ХПН, получающих лечение ПГД. Нами рассмотрены особенности клинического течения и исходы перитонита у данной категории больных. Также определены клиничко-лабораторные особенности течения перитонита в этой группе пациентов, уточнена роль токсемии в патогенезе перитонита и изучена ее динамика в послеоперационном периоде. Проанализировано результатов хирургического лечения 20 пациентов с разлитой формой перитонита в терминальной стадии ХПН, получавших лечение ПГД в отделении гемодиализа КДЦ «Здоровье» за период с 2010 по 2013 гг. Все больные находились на амбулаторном лечении по поводу ТХПН. В результате проведенного исследования получены следующие выводы. 1. Клиническое течение перитонита на фоне терминальной стадии ХПН характеризуется «стертой» симптоматикой, частым отсутствием реакции со стороны лейкоцитарного ростка, затяжным течением, резистентностью к антибиотикотерапии. В силу этого, при наличии сомнений в постановке диагноза у данной категории больных следует склоняться к выполнению диагностической лапароскопии. 2. Выбор антибиотикотерапии должен учитывать отсутствие естественного почечного клиренса препарата, возможные потери препарата через диализную мембрану и возможные взаимодействия с иммуносупрессивными препаратами. Предпочтение следует отдавать препаратам широкого спектра действия, катаболизм которых проходит в печени и с возможно коротким периодом полувыведения. 3. Токсемия у больных с перитонитом на фоне ТХПН имеет сложный генез и проявляется клиникой интоксикационного синдрома (слабость, гипертермия, энцефалопатия) и изменениями лабораторных показателей токсемии (креатинин, мочевины), выраженными в большей степени и сохраняющимися более длительно, чем у больных с перитонитом при нормальной функции почек. 4. Разумная интра- и послеоперационная инфузионная терапия не должна быть ограничена до уровня, при котором возможна неадекватная перфузия конечных органов, даже если это потребует выполнения диализа после операции. 5. На основании полученных данных можно утверждать, что послеоперационный период у пациентов с ТХПН и перитонитом по своей продолжительности и частоте осложнений не отличается от аналогичного у больных с нормальной функцией почек, при условии своевременного и достаточного проведения ПГД и рационального подбора медикаментозной терапии.

459. Эффективное дренирование подпеченочного пространства при деструктивном холецистите

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

А.М.Абдулжалилов, М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов, М.М.Магомедов, М.А.Магомедов, А-К.Г.Гусейнов, З.М.Закариев, Х.М-Р.Исаев.

Махачкала

ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП», ГБУ ВПО «Даггосмедакадемия»

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 105 случаев лапароскопической холецистэктомии по поводу деструктивного холецистита. При этом послеоперационные осложнения диагностированы у 14 пациентов, что составляет 13,3%, т.е. у каждого шестого-седьмого оперированного. Осложнения распределились следующим образом: дисфункция дренажа – 6, биллома – 2, подпеченочный абсцесс – 3, желчный перитонит -1. Всех пациентов пришлось оперировать повторно с исходом выздоровление. Главной причиной оказалось неадекватное дренирование подпеченочного пространства. Для улучшения результатов ЛХЭ при деструктивной холецистита нами использован дренаж 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 для профилактики послеоперационной спаечной непроходимости. Предлагаемый способ дренирования использован при лечении 21 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 вводили в Винслово отверстие на глубину 3-4 см, затем раздували надувную манжету до необходимого диаметра, позволяющего оказывать компрессию на поверхность ложа желчного пузыря. 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. Кроме того, в проксимальной части дренажа вмонтирован клапан, позволяющий создавать в дренаже аспирационное отрицательное давление и обеспечить постоянную эвакуацию экссудата наружу, предупреждая его возврат в брюшную полость, что снижает риск вероятности инфицирования брюшной полости. 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. Разработанный

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

дренаж обеспечивал эффективный отток выпота их подпеченочной области, сохранял заданную интраоперационно позицию у ложа желчного пузыря. В исследуемой группе пациентов послеоперационные осложнения, связанные с использованием разработанного устройства пока не выявлены, которые, возможно, будут иметь место при ее массовом применении.

460. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ И РЕНТГЕНТЕЛЕВИЗИОННЫМ КОНТРОЛЕМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Горлунов А.В., Кирмас Г.А., Калашников И.В., Кузьменко А.В.

Воронеж

БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10»

Малоинвазивная хирургия под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем является одной из самых динамически-развивающихся отраслей медицины в целом и хирургии в частности. В современной практике это многопрофильная специальность, объединяющая многочисленные разделы хирургии. На смену травматичным и кровавым операциям пришли малоинвазивные бескровные операции. Открытые доступы в лечении ряда нозологий заменены на пункционные или внутрипросветные доступы. Все чаще находят применение сочетанные хирургические методики. База БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10» оптимально подходит для широкого внедрения и развития малоинвазивных хирургических технологий в условиях многопрофильного стационара. Благодаря участию лечебного учреждения в программе модернизации здравоохранения в клинике установлено необходимое оборудование для осуществления данного вида операций - аппарат рентгенодиагностический хирургический передвижной «АРХП - АМИКО» с возможностью работы в режиме реального времени, фото и видеофиксацией объекта оперативного доступа, а также высокопроизводительная ультразвуковая платформа фирмы Hitachi Hi Vision Avius-аппарат экспертного класса с пункционно-биопсийным датчиком, позволяющим формировать первичный доступ методом стилет-катетера или по методике Сельдингера в зоны оперативного интереса, а также проведению пункционных биопсий. Открытие кабинета мининвазивных хирургических вмешательств на базе центра амбулаторной хирургии и интеграция его работы в структуру круглосуточного стационара позволили как сократить сроки госпитализации в круглосуточном стационаре, так и четко определить маршрутизацию пациентов.

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Операционная, оборудованная рентгеннегативным столом, позволила проводить этапы мининвазивных операций под рентгентелевизионным контролем, поскольку этот метод является неотъемлемой частью современных малоинвазивных технологий, в связи с жестким контролем за положением инструментов доступа, дренажного катетера или стента, в оперируемом органе. Только за период 2012-2014 гг. было выполнено более 470 оперативных вмешательств подобного рода, в том числе по поводу острого панкреатита (с формированием жидкостного скопления сальниковой сумки, либо кисты поджелудочной железы) - 46, механической желтухи (онкология, холедохолитиаз) - 102, стентирования ОЖП - 18, холангиолитолапаксии - 9, осумкованного плеврита - 43, кист (почек, печени, забрюшинного пространства) - 29, нефростомии - 73, эпицистостомии - 108, гнойно-септических осложнений (паранефрит, абсцессы печени, параколический, парапанкреатический абсцессы) - 45. Острый панкреатит с формированием кисты поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки - пункция выполняется чрезкожным доступом в эпигастральной области в проекции печеночно-желудочной, желудочно-поперечной связки методом Сельдингера и «стиллет-катетера», минуя сосудистые и полостные структуры по кратчайшему расстоянию от кожных покровов до оболочек кисты. Механическая желтуха (онкология, холедохолитиаз) – пункция желчных протоков осуществляется по методике Сельдингера. После первичного доступа иглой 18 G контрастируется желчное дерево. Под рентгентелевизионным контролем производится доставка проводников манипуляционных катетеров и низведение дренажного катетера в гепатико-холедох (при наружном желчеотведении) или транспапиллярно в ДПК (при наружно-внутреннем желчеотведении). Стентирование ОЖП - технология основана на проведении доставочного устройства стента по уже сформированному каналу, ранее наложенной холангиостомы. Нитиноловый, саморасправляющийся стент доставляется к области стриктуры ОЖП под рентгентелевизионным контролем, расправляется, доставочное устройство эвакуируется. Нефростомия - осуществляется по методике Сельдингера под УЗИ контролем. После первичного доступа, под рентгентелевизионным контролем визуализируется чашечно - лоханочная система почки, что дает возможность визуально контролировать продвижение проводника, поискового катетера и дренажной системы, а также выявить стриктуры мочеточника. Кисты почек, печени, забрюшинного пространства – пункционно-дренажное лечение осуществляется в большинстве случаев по методике «стиллет-катетера» по кратчайшему расстоянию между кожными покровами и оболочками кист. Крайне важен этап рентгентелевизионного контроля с контрастированием полости кисты, для выявления связи с протоковыми структурами (желчным деревом, панкреатическими протоками, ЧЛС). От этого зависит дальнейшая тактика по химической дезпитализации кисты. Гнойно-септические осложнения (паранефрит, абсцесс печени, параколический абсцесс) - под УЗИ контролем производится одномоментная доставка системы «стиллет-катетер» непосредственно к очагу гнойного расплавления тканей с последующим рентгентелевизионным контролем для определения нижнего полюса гнойной полости и адекватной установки дренажной системы. Холангиолитолапаксия - технология основана на возможности проведения контактной антеградной литотрипсии конкрементов желчных протоков. По

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

этапно созданному холангиостомическому каналу, с помощью жесткого уретероскопа диаметром 4мм., производится контактное разрушение желчных камней в протоковой системе печени. Контроль за ходом операции визуальный и флюороскопический. Крупные фрагменты конкрементов эвакуируются через наружный порт, либо низводятся в ДПК, через дилатированный баллоном БДС. Операция заканчивается наложением наружно-внутренней холангиостомы, с последующим ее удалением. Надо отметить, что подобные вмешательства проводятся пациентам с «эндоскопически трудным» макрохоледохолитиазом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Представленный опыт внедрения в клиническую практику методики малоинвазивных вмешательств под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем в условиях многопрофильного стационара доказал свою относительную безопасность и эффективность в лечении ряда острых и хронических хирургических и урологических заболеваний.

461. Оценка эффективности стентирования главного панкреатического протока в профилактике и лечении панкреатита после эндоскопических вмешательств на БДС.

Тарасов А.Н.(1), Васильев А.В.(2), Дорофеева Т.Е.(2), Олевская Е.Р.(2), Дерябина Е.А.(2)

Челябинск

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет. Челябинская областная клиническая больница.

Высокая частота и тяжесть течения постманипуляционного панкреатита заметно ограничивает использование эндоскопических трансдуоденальных операций на БДС. Целью работы: является повышение безопасности эндоскопических трансдуоденальных операций на большом дуоденальном соске (БДС) посредством использования стентирования главного панкреатического протока (ГПП). Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов эндоскопического лечения доброкачественной окклюзии внепеченочных желчных протоков у 1778 пациентов находившихся на лечении в клинике в 2009-2013 год. Мужчин 710(39,9%), женщин 1068(60,1%). Причиной окклюзии у 832(46,8%) пациентов был первичный, у 356(20,5%) резидуальный холедохолитиаз у – 376(21,1%) рецидивные холедохолитиаз, стриктура желчных протоков или БДС у – 376(21,1%). Окклюзия желчных протоков у 614(34,5%) больных осложнилась механической желтухой, в сочетании с холангитом у

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

329(18,6%), панкреатитом у 138(7,8%). Исследуемые пациенты разделены на две группы. Первая - 2009-2012 годы 1255 пациентов. Показания к исследованию при неясной клинической картине и характере окклюзии уточняли посредством магниторезонансной томографии (МРТ). Все вмешательства проводили под тотальной интравенозной анестезией. Стентирование главного панкреатического протока не использовали. Вторая группа - 523 пациента оперированные в течение 2012-2013 года. В случае возникновения вирсунгографии или случайной катетеризации ГПП при ЭРПХГ у 27(5,2%) пациентов операцию заканчивали установкой пластикового стента 5Ch-5cm. При появлении клинических признаков острого панкреатита у 4 пациентов выполнено стентирование ГПП. Во время катетеризации положение стента уточняли введением 38% раствора урографина, объемом не более 2,0 мл. Выделенные группы были сравнимы по полу, возрасту, количеству и тяжести осложнений окклюзии желчных протоков и объему эндоскопического пособия. Статистическая обработка данных выполнена в программе Statistics 17.0 Результаты и обсуждение: в первой группе у 97(7,7%) пациентов выполнение эндоскопических вмешательств осложнилось развитием острого отечного панкреатита. У 37(38%) из них в протоколах вмешательства отмечено случайное контрастирование и(или) катетеризация главного панкреатического протока. У 9(24%) из них острый панкреатит осложнился панкреонекрозом, умерло 7(0,6%). По всей видимости, возникновение даже кратковременной внутрипротоковой гипертензии и возможное влияние контраста могут существенно повышать риск развития постманипуляционного панкреатита. Во второй группе превентивное стентирование ГПП при его случайной катетеризации или контрастировании выполнено 27(5,2%) пациентам), что позволило избежать возникновения острого панкреатита в послеоперационном периоде. Клинические признаки среднетяжелого острого панкреатита у 4 пациентов успешно купированы стентированием ГПП на 2-3 день после выполнения трансдуоденальной операции. 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 выполнения дополнительных оперативных вмешательств. Выводы: Случайное контрастирование или катетеризация главного панкреатического протока является важным фактором, определяющим высокую вероятность развития тяжелого панкреатита после эндоскопических вмешательств на БДС. Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока при его катетеризации и(или) контрастировании во время проведения ЭРПХГ позволило достоверно в пять с половиной раз снизить частоту развития острого постманипуляционного панкреатита и существенно повысить эффективность его лечения.

462.Безопасность при эндоскопических операциях на щитовидной железе

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

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

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 объёма 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, тромбэмболии, 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,

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

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 видеондоскопическим 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. Послеоперационный парез возникает в результате термического воздействия коагуляции на ткань нерва, поэтому предпочтительнее использование ультразвукового диссектора при манипуляциях в зоне прохождения возвратного нерва.

463. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС- ЭЗОФАГИТА.

Беретарь Р.Б., Дурлештер В. М., Сиюхов Р. Ш., Свечкарь И. Ю.

Краснодар

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Краевая Клиническая Больница №2 Министерства здравоохранения Краснодарского Края

Рефлюкс-эзофагит (РЭ) занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваний пищеварительной системы человека, конкурируя с хроническим холециститом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Основным методом лечения РЭ является медикаментозный. Применяемое лечение обеспечивает хороший непосредственный эффект у подавляющего большинства пациентов, но после его отмены в течение года отмечается рецидив симптомов у 80-100% больных. Выполнение антирефлюксных операций является единственным методом, позволяющим стойко устранить проявления ГЭРБ. Представлен опыт хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточности кардии осложненных рефлюкс-эзофагитом с 2008г, года внедрения в клиническую практику в ККБ№2 миниинвазивного метода хирургической коррекции. Цель настоящей работы - оценка ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения, с учетом использованных методик хирургической коррекции и повышение эффективности лечения больных рефлюкс- эзофагитом. За период с 2008года по 2013года в условиях ККБ№2 оперировано 292 пациента по поводу рефлюкс-эзофагита. Возраст больных колебался от 26 до 78 лет и в среднем составил 44±3,2. Соотношение мужчин и женщин 1:1,2. Анамнез заболевания составлял от 2 до 20 лет. В плане дообследования пациентам выполнялись общеклинические методы исследования, ФЭГДС с хромоскопией и биопсией из подозрительных участков слизистой пищевода, суточная рН-метрия, полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода, желудка и ДПК. Всем пациентам после соответствующего дообследования и предоперационной подготовки в плановом порядке выполнено антирефлюксное вмешательство. При этом 78 (27%) больных оперированы лапаротомным доступом по методике В.И. Оноприева, и 214 (73%) оперированы лапароскопическим путем, по методике разработанной в клинике (патент №2525732). Показаниями для оперативного лечения являлись: 1. Рефлюкс- эзофагит, резистентный к медикаментозной терапии в течение не менее чем 6 месяцев лечения. 2. Внепищеводные появления рефлюкс- эзофагита, не поддающиеся кон-сервативному лечению. 3. Пищевод Баррета. 4. Рефлюкс- эзофагит на фоне кардиофундальных и субтотальных ГПОД. Клиническую оценку симптомов рефлюкс- эзофагита проводили перед операцией, затем через 1, 6, 12, 24 месяцев после хирургического вмешательства. Для определения выраженности каждого симптома использовалась визуально- аналоговая шкала (ВАШ). Результаты. Проведенное клиническое обследование показало, что изжога являлась доминирующим симптомом РЭ и имела место практически у всех больных, остальные симптомы встречались значительно реже. У преимущественного большинства - 261 (89%), заболевание развилось на фоне имеющейся грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, у 31 (11%) диагностирована недостаточность кардии. По Лос- Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагит стадии А установлен у 26 (9%) пациентов, стадии В- у 210 (72%), стадии С- у 26 (11%), стадии Д- 12 (4%) больных, в 18 случаях выявлен пищевод Барретта, гистологически подтвержденный. При проведении 24-часовой рН- метрии у всех пациентов отмечены множественные кислые ГЭР. Интраоперационные осложнения – кровотечение из коротких

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

желудочных сосудов, кровотечение из селезенки, перфорация пищевода и перфорация желудка отмечены у 14 пациентов, количественно равные в обеих группах. Отдаленные результаты с учетом послеоперационной летальности оценены у 290 пациентов. При оценке динамики клинической картины в послеоперационном периоде отмечено достоверное ($p < 0,05$) и стойкое купирование клинических симптомов РЭ у 274 (93,8%) пациентов за весь период наблюдения, начиная с 1-го месяца (в лапаротомной группе - у 73 (93,5%) больных, в лапароскопической группе - у 201 (93,8%). При выполнении контрольного полипозиционного рентгенисследования пищевода и желудка у 222 (96,4%) пациентов выявлена адекватная арефлюксная (отсутствие ГЭР) и эвакуаторная функция фундопликационной манжеты, по сравнению с дооперационными показателями ($p > 0,05$). На контрольных ЭГДС у 280 (95,8%) пациентов имелась положительная динамика - отсутствие признаков эзофагита, заживление эрозий, плотное смыкание кардии, отсутствие ГЭР ($p > 0,05$). При проведении контрольной суточной рН-метрии пищевода и желудка у прооперированных пациентов достоверно ($p > 0,05$) снизились: % общего времени с $pH < 4$. Процент рецидивов в обеих группах оперированных больных равен и составляет 2,7%. Из 8 пациентов с выявленными рецидивами повторно оперированы 4 (лапаротомным доступом), остальные 4 от реоперации на данный момент отказываются и лечатся медикаментозно. Результаты повторных операций на данный момент расцениваются как хорошие, но требуется более длительный период послеоперационного наблюдения и контроля для адекватной оценки отдаленных результатов лечения. Полученные результаты позволяют говорить об эффективности оперативного антирефлюксного лечения пациентов с рефлюкс-эзофагитом. Можно сделать следующие выводы: 1. Антирефлюксная операция, выполненная по показаниям, как в лапаротомном, так и в лапароскопическом варианте исполнения, является высокоэффективным методом лечения рефлюкс-эзофагита. 2. С учетом равных результатов лечения, совершенствования техники и накоплением опыта выполнения лапароскопических антирефлюксных вмешательств с постепенным снижением количества осложнений, а также известными экономическими, клиническими и реабилитационными преимуществами, тенденция преобладания миниинвазивного метода над традиционным - оправдана и имеет право на дальнейшее развитие. >

464. Сравнительный анализ результатов видеоторакоскопических тимомтимэктомий.

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 общей сложности в клинике проведено лечение 139 больным опухолями и кистами вилочковой железы. Средний возраст - 44,3 года. Было 59 (42,4%) женщин. Во всех случаях была выполнена тимомтимэктомия: торакотомным доступом - в 55,4% (77) случаев, стернотомным - 20,1% (28), видеоторакоскопическим - 24,5% (34). По нозологии больные распределились следующим образом: тимома - 110, лимфома тимуса - 11, киста вилочковой железы - 9, тимолипома - 6, тератома тимуса - 3. По классификации Masaoka тимомы распределены следующим образом: 1-я стадия (неинвазивная тимома) - 44, 2-я стадия (инвазия клетчатки средостения или медиастинальной плевры) - 55, 3-я стадия (инвазия соседних органов) - 11. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Интраоперационные кровотечения наблюдались в 5 (3,8%) случаях. В 2-х случаях они привели к конверсии в миниторакотомный доступ; в 2-х - к реторакотомии. Умерли 2 (2,7%) больных, оперированных торакотомным доступом. Причиной смерти в обоих случаях был некомпенсированный миоастенический 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 миоастении. Послеоперационный койко-день 12±1,2, 14±1,6 и 7±1 соответственно. Отдаленные результаты не отличались в зависимости от доступа. Признаки миоастении сохранялись у 3 из 58 больных (5,2%). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Сравнение хирургических критериев тимомтимэктомии из видео-торакоскопического и «открытых» доступов демонстрирует его существенные преимущества, которые реализуются легким течением послеоперационного периода, хорошей переносимостью операции пациентами, минимальным риском интраоперационных осложнений. Радикальность операции не отличалась в зависимости от доступа.

465. Первый опыт ретроперитонеальной эндоскопической адреналэтомии.

Вертянкин С.В., Мещеряков В.Л., Чолахян А.В., Шубин А.Г., Крючкова Н.В.

Саратов

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! В 1992 году М. Gagner с коллегами сообщили о проведении первых лапароскопических адреналэктомий у пациентов с синдромом Кушинга и феохромоцитомой. Предложенный ими трансперитонеальный доступ уже через несколько лет был признан «золотым стандартом» в лечении практически всех злокачественных новообразований надпочечников. Кроме трансперитонеального доступа, предпочитаемого большинством (до 80%) хирургов в мире, разработаны задний и боковой ретроперитонеальный доступы, имеющие свои изъяны и достоинства. Несмотря на очевидные преимущества лапароскопической адреналэктомии, до сих пор ведутся дискуссии о ее возможностях, особенно в отношении злокачественных и большим (> 6 см) опухолям (1,5,6). Материалы и методы В период с 1995 по 2014 в Клинике факультетской хирургии и онкологии было выполнено 86 операций на надпочечниках. С 2003 года проводятся лапароскопические вмешательства. Всего их выполнено 38. В течение 3 лет доля лапароскопических вмешательств на надпочечниках увеличилась с 23% до 82%. В последние годы этот показатель приблизился к 100%. Среди 38 больных, оперированных лапароскопическим методом, были 28 женщин. Средний возраст пациентов составил 41,5 года (от 11 до 72 лет). Средний размер удаленных опухолей – 5,4 см (1 – 12,5 см). Как и многие другие авторы, мы считаем оправданным выполнение адреналэктомии при наличии: 1) опухоли с любой степенью повышения гормональной активности; 2) опухоли больше 3 см в диаметре; 3) опухоли меньше 3 см, но увеличивающиеся за время наблюдения по данным КТ, МРТ, сонографии; 4) подозрение на злокачественный процесс независимо от размеров опухоли (по данным КТ, МРТ, сцинтиграфии, пункционной биопсии). Среди удаленных опухолей были 5 альдостером, 16 кортикостером с разной степенью выраженности синдрома Кушинга, в т.ч. 1 мелкоузловая гиперплазия коры надпочечника, 3 адренокортикального рака, а также 13 феохромоцитом. Выполнялся трансперитонеальный доступ – как лево-, так и правосторонний. При анализе результатов лапароскопических вмешательств мы пришли к выводу, что сама методика не лишена недостатков, связанных со сложностью доступа к надпочечнику, особенно слева, влияние карбоксиперитонеума. С октября по ноябрь 2014 года на базе клиники факультетской хирургии и онкологии и ЛДЦ «Авеста» нами выполнено 7 эндоскопических адреналэктомий ретроперитонеальным доступом. Возраст больных составил от 26 до 74 лет. В трех случаях выполнялась правосторонняя адреналэктомия и в четырех левосторонняя. У двух пациентов операции выполнены по поводу феохромоцитомы, в одном случае диагностирована альдостерома, у одного пациента операция выполнена по поводу синдрома Иценко-Кушинга и у троих – аденомы надпочечника. Осложнений не отмечено. Выводы: Ретроперитонеальный эндоскопический доступ позволяет значительно снизить риск осложнений, связанных с повреждением соседних органов и практически полностью лишен осложнений, вызванных карбоксиперитонеумом.

466. Лапароскопические радикальные операции при раке желудка.

Байдо С.В. (1), Фомин П.Д. (2), Жигулин А.В. (1), Голуб Д.А. (1), Приндюк С.И. (1), Палица В.Я. (1), Дмитренко О.А. (1)

Киев, Украина

1) «ЛІСОД – Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги», 2) Национальный медицинский университет

Введение: Лапароскопические операции при раке желудка пока не являются общепринятым стандартом хирургического лечения, несмотря на то, что первая лапароскопически-ассистированная резекция желудка была выполнена в Японии Kitano, еще в 1991 г. Суммарный опубликованный в англоязычной литературе мировой опыт хирургического лечения на сегодня превысил отметку 10000 лапароскопических резекций. Исследования, сравнивающие результаты открытых и лапароскопических операций, показывают сходные отдаленные онкологические результаты, при известных преимуществах лапароскопии. Лапароскопически-ассистированная гастрэктомия вошла в региональные стандарты лечения онкопатологии желудка в Японии и Южной Кореи. Целью работы было проанализировать опыт выполнения лапароскопической гастрэктомии для лечения как раннего так и местно-распространенного рака желудка. Материалы и методы: Было проведено ретроспективное исследование для оценки результатов и исходов лапароскопических гастрэктомий, проведенных в клинике «ЛіСОД» с января 2011 по ноябрь 2014 года. В исследование включено 65 пациентов. Было выполнено 47 тотальных и 18 субтотальных гастрэктомий. Лимфодиссекция проводилась в объеме D1+ либо D2 согласно японским рекомендациям по лечению рака желудка (Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 (version 3)). Стандартно операция выполнялась с использованием пяти троакаров: три 12-мм и два 5-мм. Для эвакуации препарата выполнялась мини-лапаротомия длиной до 6 см по срединной линии над пупком, в которую устанавливался порт Dextrus-60 для защиты краев раны и дальнейшей герметизации ее. В трех случаях у пациенток выполнена трансвагинальная эвакуация препарата в контейнере через заднюю кольпотомию. Реконструктивный этап выполнялся интракорпорально с использованием Ру-петли. Формирование эзофаго-еюноанастомоза конец-в-бок проводилось при помощи циркулярного степплера CDH- ORVill-25 (Ethicon Endo-Surgery), либо бок-в-бок при помощи 60-мм линейного степплера Eshelon Flex 60 (Ethicon Endo-Surgery). Гастро-еюноанастомоз после дистальной гастрэктомии формировали при помощи 60-мм линейного степплера с ушиванием дефекта интракорпорально. У пяти пациентов после субтотальной гастрэктомии выполнена реконструкция по В-I с формированием гастро-дуоденоанастомоза интракорпорально однорядным непрерывным швом

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

нитью V-LoсТМ (Covidien). Результаты: Мужчин было 48, женщин – 17. Средний возраст пациентов составил 59,7 лет (от 37 до 78). Среди них у 59 пациентов (90,8%) была местно-распространенная стадия заболевания (Т3 и выше или N+). Неoadьювантную химиотерапию по протоколу ЕСС получили 57 пациентов (87,7%). Средний индекс массы тела (ВМІ) был 27,1 кг/м2 (19-41 кг/м2), при этом количество пациентов с ожирением (ВМІ>30 кг/м2) составило 15 человек (23,1%). Средняя длительность операции составила 285 мин (160-550 мин) при тотальной гастрэктомии, 248 мин (155-420 мин) - при субтотальной. Интраоперационная кровопотеря была 95 мл (от 50 до 420 мл). Количество удаленных лимфоузлов составило 23,5 (от 8 до 60). Средний послеоперационный койко-день составил 7,9 дней (от 4 до 24 дней). Послеоперационные осложнения возникли у 22 пациентов (33,8%), из них осложнения II и выше степени (Clavien-Dindo, 2004) развились у 13 (20%). Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза возникла у 4 пациентов (7,7%). Летальность составила – 1,5%. Выводы: Лапароскопическая гастрэктомия с D2-лимфодиссекцией является технически выполнимым вмешательством, при этом достигается необходимая радикальность, при известных преимуществах лапароскопической техники операции и приемлемом уровне осложнений. Из недостатков метода нельзя не отметить длительность операции, необходимость дорогостоящего оборудования, сложной и длительной подготовки хирурга.

467. Лапароскопическое лечение рецидивных паховых грыж

Мехтиханов З.С.

Дербент, РД

ГБУ ГБ "Дербентская"

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! Лапароскопическая герниопластика рецидивных паховых грыж является эффективным методом лечения, но для ее выполнения необходим опыт и знание как нормальной, так и измененной после предыдущей герниопластики анатомии задней стенки паховой области. Цель исследования - провести сравнительную оценку непосредственных и отдаленных результатов лапароскопического трансабдоминального преперитонеального (ТАПП) протезирующего метода пластики в сравнении с методом Лихтенштейна при лечении рецидивных паховых грыж. Материал и методы. В хирургическом отделении многопрофильной городской больницы г. Дербента с августа 2012 г по октябрь 2014 г. были

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

оперированы лапароскопическим методом 65 (1 группа) и методом Лихтенштейна 32 пациента (2 группа). Ранее всем пациентам была выполнена герниопластика паховой области собственными тканями преимущественно по способу Бассини и Жирару-Кимбаровскому. Для подтверждения диагноза рецидивной паховой грыжи всем пациентам в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование паховой области, а у 12 пациентов первой и у 8 пациентов второй групп дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография из-за избыточного веса пациентов и выраженной подкожной клетчатки в паховой области. Лапароскопический (ТАПП) метод проводился традиционно при не нарушенной анатомии задней стенки паховой области. В случаях деформаций вызванных смещением в латеральную сторону медиальной складки, связанной с ранее выполненным перемещением шейки грыжевого мешка латерально по методу Кымова, брюшина рассекалась латерально от грыжевого дефекта и отсекалась медиально и вниз освобождая латеральную ямку 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, 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. При выполнении операции по методу Лихтенштейна иссекали старый послеоперационный рубец, рассекали апоневроз и выделяли элементы семенного канатика, затем вправляли грыжевой мешок. Полипропиленовую сетку соответствующего размера рассекали сверху наискосок для выведения семенного канатика и подшивали к пупартовой связке и к апоневрозу полипропиленовыми швами. Результаты. При проведении лапароскопической (ТАПП) герниопластики у 9 пациентов первой группы выявлены грыжевые лакуны с противоположной стороны и выполнены симультанные герниопластики. Причем у одного пациента к внутренней поверхности грыжевого мешка был подпаян аппендикс, в этом случае одномоментно выполнена и аппендэктомия. Продолжительность лапароскопических операций составили в среднем 76,2±0,3 мин, не было ни одного случая конверсии и ни одного случая рецидива в сроки наблюдения от двух месяцев до двух лет. Во второй группе продолжительность операции была несколько большей - в среднем 87,3±0,6 минут, у двух пациентов в сроки на 5 и 7 месяце диагностирована первичная грыжа с противоположной стороны, рецидивов со стороны операции не было. В раннем послеоперационном периоде у пациентов первой группы наблюдались серомы у 13 пациентов, гематомы паховой области и мошонки у двух пациентов, в сроки более трех до 6 месяцев у двух пациентов имелись нейропатические ощущения в паховой области. У всех пациентов этой группы операция протекала с техническими трудностями. Средний послеоперационный койко/день - 1,8±0,4. Во второй группе пациентов в раннем послеоперационном периоде у семи отмечался отек мошонки, у пяти гематома паховой области и мошонки,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

подкожная серома у трех и умеренный болевой синдром у двух пациентов. Средний послеоперационный койко/день - 5,4+0,3. Выводы. Лапароскопическая герниопластика имеет определенные преимущества перед открытым методом, так как позволяет выявить и санировать скрытые грыжи с противоположной стороны и коррегировать сопутствующую патологию, ниже количество послеоперационных осложнений, быстрее идет реабилитация пациентов. Лапароскопический метод обеспечивает более надежную пластику грыжевого дефекта, в техническом плане более легче идет выделение семенного канатика и семенных сосудов и грыжевого мешка. Лапароскопический (ТАПП) герниопластика может быть рекомендована при желании пациента и для лечения первичных паховых грыж.

468. Лапароскопическая радикальная гистерэктомия при раке шейки матки - опыт частной онкологической клиники.

Байдо С.В., Винницкая А.Б., Жигулин А.В., Голуб Д.А., Приндюк С.И.

Киев, Украина

«ЛІСОД – Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги»

Введение: В современной онкогинекологии «золотым стандартом» при начальных формах рака шейки матки является операция Вертгейма, под которой большинство авторов понимают расширенную экстирпацию матки с верхней третью влагалища, параметрием и тазовой лимфаденэктомией. Применение лапароскопического доступа при выполнении данной операции позволяет без ущерба принципам онкологического радикализма добиться улучшения ближайших послеоперационных результатов. Материалы и методы: За период с февраля 2010 по ноябрь 2013 г. в клинике выполнено 335 лапароскопические операции по поводу злокачественных опухолей матки и яичников. Из них 95 лапароскопических радикальных гистерэктомий (ЛРГ) с тазовой и парааортальной лимфодиссекцией по поводу опухолей шейки матки. Операции выполнялись с помощью стандартного лапароскопического оборудования и инструментов через 5 портов. Лимфодиссекцию осуществляли при помощи ультразвуковых ножниц. С 2011 года мы используем разработанный в клинике маточный манипулятор с обжимным вагинальным фиксатором, который позволяет изолировать пораженную шейку во время операции и при извлечении препарата. У 30 пациенток молодого возраста при стадии T1 и отсутствии патологии яичников, выполнено сохранение и транспозиция яичников.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Парааортальная лимфодиссекция до уровня почечных сосудов выполнена у 18 пациенток (18,9%). У 7 пациенток выполнены симультанные операции (холецистэктомия, пластика грыжи). Результаты: Средний возраст пациенток составил 43,7 лет (26 - 74). Распределение по стадии заболевания согласно классификации FIGO было следующим: с I стадией было 71 пациенток (74,7%), со II – 13 (13,7%), с III – 11 (11,6%). Средняя длительность операции равнялась 186,4 (90-415) мин. Наблюдается тенденция к уменьшению времени операции с накоплением опыта, так среднее время первых десяти операций – 234 мин, последних десяти – 142 мин. Кровопотеря во время операции составила 94,5 мл. Среднее количество удаленных лимфоузлов – 19,7 (от 6 до 40). Гистологический тип опухоли: плоскоклеточная карцинома в 87 случаях (91,6%), аденокарцинома – 8 (8,4%). Послеоперационный койко-день составил 5,6 (от 2 до 11) дней. Ближайшие послеоперационные осложнения зарегистрированы у 18 пациенток (18,9%), из них: интраоперационные – 5 случая (5,3%), послеоперационные – 13 (13,7%). Среди интраоперационных осложнений были: ранение а. epigastrica – 1, ранение прямой кишки – 1, ранение мочевого пузыря – 3, ликвидированные ушиванием с использованием интракорпоральной техники, без отдаленных последствий. Послеоперационные осложнения со стороны мочевых путей возникли у 5 пациенток (5,3%), среди них: некроз дистальной трети мочеточника – 1, (выполнена лапароскопическая уретеронеоцистостомия с удовлетворительным непосредственным и отдаленным результатом); стриктура мочеточника – 1, везиковагинальный свищ – 3. Из отдаленных осложнений следует отметить два разрыва культи влагалища с выпадением петли кишки через 1,5 и 5 месяцев после операции – выполнено лапароскопическое ушивание культи. Выводы: Таким образом лапароскопическая радикальная гистерэктомия при раке шейки матки в сравнении с открытой обладает следующими преимуществами: лучшие возможности визуализации объекта операции в ограниченных пространствах малого таза, низкая величина интраоперационной кровопотери, низкая потребность в обезболивании, более раннее восстановление и как следствие уменьшение длительности пребывания в стационаре. Высокий уровень осложнений со стороны мочевыводящей системы коррелирует со стадией заболевания и необходимостью радикальной диссекции параметрия.

469. Непосредственные результаты лапароскопических операций при колоректальном раке

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

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, учитывая время необходимое для отработки методики. Для статистической обработки информации использован пакет прикладных программ Statistica 7 for Windows. В период с 2011 по 2014 год в нашем центре выполнено 101 лапароскопическое вмешательство по поводу колоректального рака. Характеристика выполненных вмешательств: - лапароскопически-ассистированная брюшно-промежностная экстирпация - 13 (12,8%); лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия - 21 (20,8%); лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки - 29 (28,7%) из них низкие резекции в сочетании с тотальной мезоректумэктомией - 18 (17,8%); лапароскопическая резекция сигмовидной кишки - 32 (31,7%); лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия - 6 (5,9%). У 13 пациентов (12,8%) произведена конверсия операции. В 12 случаях причинами конверсии явилось местное распространение опухоли сопряженное с ожирением, у 1 пациента причиной конверсии явилось интраоперационное кровотечение из пресакральных вен. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 5 пациентов (4,9%). 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. У 3 пациентов развился послеоперационный парез кишечника, разрешившийся на фоне консервативной терапии. Летальных исходов не было

470.Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция по поводу рака у пациентов старческого возраста

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Хатьков И.Е.1,2, Цвиркун В.В.1, Израилов Р.Е.1,2, Тютюнник П.С.1,2, Хисамов А.А.1, Андрианов А.В.1

Москва

1Московский клинический научный центр2Московский государственный медико-стоматологический университет

Введение С ростом продолжительности жизни в последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа пациентов старческого возраста оперируемых по поводу опухолей желудочно-кишечного тракта. Применение лапароскопического метода у пациентов старше 75 лет со злокачественными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) не достаточно освещено в литературе. Цель Оценить эффективность применения лапароскопического метода при выполнении панкреатодуоденальной резекции у пациентов старческого возраста с заболеваниями органов БПДЗ. Пациенты и методы С января 2007 года по декабрь 2014 год выполнено 16 лапароскопических панкреатодуоденальных резекций (ЛПДР) по поводу злокачественных опухолей органов БПДЗ пациентам старше 75 лет. Медиана возраста составила 76 лет (от 75 до 82 лет). Лапароскопическая гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена 14 пациентам и пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция – 2 пациентам. Морфологические характеристики опухоли у данной возрастной группы распределились следующим образом: рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки у 4 пациентов; рак терминального отдела холедоха у 2 пациентов и рак головки поджелудочной железы у 3 пациентов. У 4 пациентов T2N0M0, у 4 пациентов T3N0M0, у одного пациента T2N1M0 и у 7 пациентов T3N1M0. У всех 16 пациентов имел место 4 степень риска по шкале МНОАР. Так же оценивалась продолжительность вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, частота развития осложнений, продолжительность послеоперационного койко дня. Результаты Медиана продолжительности операции у пациентов старше 75 лет (>75) составила 385 мин (от 325 до 660 мин). Медиана интраоперационной кровопотери у пациентов >75 лет составила 150 мл (от 10 до 1000 мл). Послеоперационные осложнения оценивались согласно классификации Clavien-Dindo-Strasberg: IIIa (n-2), IIIb (n-2), IV (n-0) и V (n-0). Панкреатическая фистула grade B имела место у 2 пациентов и grade C – у одного. Кровотечений в послеоперационном периоде и гастростаза не было. Медиана продолжительности госпитализации после операции составила 13,5 к/д (от 7 до 39 к/д). Заключение Выполнение ЛПДР больным старческого возраста со злокачественными опухолями органов БПДЗ не сопряжено с увеличением числа послеоперационных осложнений. Все преимущества лапароскопического метода достижимы у данной категории пациентов. С учетом небольшой выборки нам представляется безопасным выполнение ЛПДР у пациентов старше 75 лет.

471. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость

Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бадретдинов А.Ф.

Уфа

ГБОУ ВПО "Башгосмедуниверситет МЗ РФ"

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями толстой кишки осложненной острой обтурационной кишечной непроходимостью. Материал и методы: Нами проведен анализ хирургического лечения 202 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью поступивших в хирургические отделения № 1 и №2 Городской клинической больницы № 8 за 2009- 2013 гг. Среди пациентов мужчин было 73, женщин -129. В подавляющем большинстве больные пожилого и старческого возраста, доставленные в стационар по экстренным показаниям с клинической картиной острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Преобладание женщин было значительным (63,8%). Больных, возраст которых был старше 60 отмечено в 137 случаях (67,8%), что говорит о геронтологической значимости проблемы. По локализации опухолевого процесса больные распределились следующим образом: слепая кишка - 14(7,0%), восходящий отдел и печеночный изгиб ободочной кишки- 15 (7,4%), опухоли поперечной ободочной кишки- 8 (3,9 %), селезеночный изгиб и нисходящий отдел - 33 (16,3 %), сигмовидная кишка- 70 (34,6 %), ректосигмоидный отдел толстой кишки- 34 (16,8 %), опухоли прямой кишки- 27 (13,3 %). При этом у двух пациентов выявлен первично-множественный синхронный рак толстой кишки. Результаты: У 41 (20,3 %) больного выполнены радикальные операции с резекцией кишки и наложением анастомоза. При формировании анастомоза предпочтение отдавалось завершением операции созданием межкишечного соустья инвагинационным способом по типу « конец в конец». В наших наблюдениях их было 34. В остальных 7 случаях межкишечное соустье было сформировано по типу « бок в бок» или « конец в бок». Резекции кишки с наложением концевой стомы выполнены у 91 (45,0 %) больных поступивших с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Остальным 70 (34,6%) больным с IV стадией заболевания, у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженных полиорганных нарушений, выполнены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы (в 14 наблюдениях) или двустольной колостомы (56 больных). Послеоперационная летальность составила 14,8% (n=30). Выводы: 1.Острая обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки. 2.При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в толстой кишке и

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем. 3. При гнойно-воспалительных осложнениях, перфорации опухоли оптимальным видом хирургического вмешательства является резекция пораженного сегмента без восстановления непрерывности кишечного тракта.

472. Лапароскопические операции в неотложной хирургии органов брюшной полости

Суфияров И.Ф., Хасанов А.Г., Бакиева Л.Р., Сафина И.Р., Султанова Ю.Р.

Уфа

ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ

Цель исследования - применение видеоэндоскопических операций у больных с экстренной хирургической патологией с целью снижения трудоемкости и продолжительности оперативного вмешательства, профилактики послеоперационных осложнений. Материал и методы. Видеоэндоскопические вмешательства выполнены у 1641 пациента с неотложными хирургическими заболеваниями в период с 2007 по 2013 г.г. На сегодняшний день в нашей клинике активно применяются лапароскопические методы: холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, устранение острой спаечной кишечной непроходимости, санация и дренирование поджелудочной железы при панкреонекрозе, программируемые санации при перитоните, устранение заворотов кишечника, ушивание кровоточащих язв, ушивание ножевых ранений органов брюшной полости, остановка кровотечений из паренхиматозных органов, гинекологические операции на органах малого таза. Наибольшее количество видеолaparоскопии 935 выполнено с диагностической целью. Видеолaparоскопия позволила избежать выполнения лапаротомии у 205 (22%) пациентов с подозрением на острый аппендицит. Наиболее часто при диагностической лапароскопии выявлялся мезаденит, пельвиоперитонит, кисты желтого тела. Использование видеолaparоскопии при закрытой травме живота позволяет своевременно выявлять повреждения органов брюшной полости. Показанием к диагностической лапароскопии при повреждениях живота считаем клинические проявления перитонита, повреждение таза, травмы почек, мочевого пузыря. При подтверждении диагноза острого аппендицита во время выполнения диагностической лапароскопии производим видеолaparоскопическую аппендэктомию.

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии считаем распространенный гнойный перитонит, аппендикулярный инфильтрат, выраженный спаечный конгломерат в области слепой кишки. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 184 больных с различными формами острого деструктивного аппендицита. Формирование культи червеобразного отростка осуществлялось лигатурным способом. Осложнений в раннем послеоперационном не отмечено. В послеоперационном периоде больные после видеолапароскопической аппендэктомии в обезболивающих препаратах нуждались значительно реже, чем после традиционной аппендэктомии, что значительно повышает физическую активность пациентов в раннем послеоперационном периоде. У пациентов с острым холециститом выполнено 328 срочных холецистэктомий. При этом в 14-х случаях произведен переход на лапаротомию в связи с необходимостью ревизии общего желчного протока. Видеолапароскопия выполнена у 52 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). Спаечная непроходимость выявлена в 31, заворот сигмовидной кишки – в 11, заворот тонкой кишки в -7, ущемлении внутренних грыж живота – в 3 случаях. В экстренном порядке оперированы 32 (62%) больных, остальные – после предоперационной подготовки. Среди пациентов со спаечной кишечной непроходимостью у 12 в анамнезе были неоднократные вмешательства на органах брюшной полости. Переход на лапаротомию осуществлен у 6 (12%) больных по разным причинам: ввиду массивного спаечного процесса у 2 больных, резкого вздутия петель кишечника у 3, из-за некроза кишки у 1 больного. Отработка показаний и противопоказаний применения видеолапароскопии при ОКН продолжает совершенствоваться. С целью определения возможности проведения лапароскопического вмешательства, профилактики осложнений необходимо анализировать данные рентгенографии органов брюшной полости, ультразвукового сканирования висцеропариетальных сращений. Введение первого троакара считаем оптимальным после проведения открытой лапароскопии и пальцевой ревизии брюшной полости, при этом стилет не используется, что значительно снижает риск перфорации полого органа. Противопоказанием для проведения лапароскопии считаем интимное сращение органов с париетальной брюшиной, выраженность спаечного процесса 4 степени по А.Блинникову, при перфорации и кровотечении из полого органа на фоне ОКН. Эндохирургически оперировано 96 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 52, женщин 4. Возраст пациентов составлял от 19 до 70 лет. Ушивание перфоративной язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки проведено в 47 случаях, а язвы желудка в 9 случаях. По экстренным показаниям поступили в стационар через 1-6 часов после начала заболевания 36 больных, через 6-12 часов – 14 больных, через 12-24 часа – 6 больных. Всем больным до операции выполнялась фиброгастродуоденоскопия под анестезией для определения размера и локализации язвы. Размеры перфорационного отверстия составили от 2 до 5 мм. Ушивание проводилось через все слои в один ряд с наложением интракорпоральных узловых швов. При прорезывании или сомнении в герметичности швов накладывали дополнительно зет-образный шов. Затем проводится адекватная санация брюшной полости с удалением фибриновых пленок. Ушивание прободной язвы выполняется в основном лапароскопически.

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Однако при больших язвах выполняется санация брюшной полости, затем минолапаротомным доступом выполняется иссечение язвенного дефекта и ушивание однорядным швом. Несостоятельность швов развилась в 3-х случаях, что потребовало выполнение лапаротомии. Видеолапароскопия активно применяется для диагностики ранних послеоперационных осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде лапароскопия выполнена у 25 больных, с подозрением на перитонит или внутрибрюшное кровотечение. В 9 случаях диагностирован распространенный перитонит, что послужило выполнением экстренной лапаротомии. У 12 больных при лапароскопии был выявлен местный перитонит, что позволило произвести лапароскопическую санацию и избежать релапаротомии. При развитии ранней спаечной кишечной непроходимости у 8 больных произведен лапароскопический адгезиолизис. В 5 случаях при развитии желчного перитонита после холецистэктомии выполнена лапароскопическая диатермокоагуляция ложа желчного пузыря. У 2 -х больных при несостоятельности культи пузырного протока после холецистэктомии повторно наложены клипсы, произведена лапароскопическая санация брюшной полости. Результаты При анализе результатов применения видеолапароскопии установлено, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с острым холециститом составила 7,6 дня, острым аппендицитом 5,2 дня, прободной язвой желудка 7,3 дня, панкреонекрозом 12,3 дня. Заключение Видеолапароскопия является высокоэффективным, безопасным, малотравматичным способом хирургического лечения, дающая наименьшее количество послеоперационных осложнений и способствующая более ранней активизации больных. Постоянное повышение квалификации эндочирурга, адекватный отбор больных и тщательное соблюдение техники вмешательства позволяет свести к минимуму риск экстренного хирургического вмешательства.

473.ПРОГНОЗ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, С.Х. Бакиров, А.Р.Мусин

Уфа

ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ

Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара. Материал и методы.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2008 - 2013 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст 39,1±16,1 лет. Мужчин - 103 (64%), женщин было 57 (36 %) (соотношение 1,8 : 1). При поступлении в стационар пациентам производили эндоскопические исследования. По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 120 (75%), F III - 24 (15%), F I - 16 (10%). Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 30 (38,4%) пациентов с язвой желудка и 42 (48%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма аминокaproновой кислоты), механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения. Пациенты, оперированные в период с 2008 - 2009гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка хирургического риска проводилась на основании изучения историй болезней и амбулаторных карт. Пациенты, находящиеся на лечении с 2010г. по 2013г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась в ходе предоперационной подготовки и в динамике раннего послеоперационного периода, при этом лечащим врачом давались конкретные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения. Результаты и обсуждение. Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р): $ИРК = ШИ * Ф * Р$. Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Альговерым. Данная методика определения величины кровопотери проста и доступна каждому врачу. Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а - 5, Ф1в - 4, Ф2а - 3, Ф2в - 2, Ф2с - 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм - 1 балл, от 5 до 14 мм - 2 балла, от 15 до 24 мм - 3 балла, 25 мм и более - 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Дополнительно нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2-8 балла - 20%, 8-13 балла - 30%, 13-19 - 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных (100%). Срок действия прогноза - в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар. Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более. При лечении язвенных кровотечений чрезвычайно важны организационные вопросы, требующие согласованных, технически обеспеченных действий хирурга, врача эндоскописта, реаниматолога-анестезиолога и терапевта в самом лечебном учреждении. Данные каждого больного проспективной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК и выбирался оптимальный вариант лечения (только медикаментозное лечение, выжидательная тактика, срочная операция, отсроченная операция после подготовки). Срочная операция при остановившемся кровотечении выполнялась в течение суток от поступления или в ближайшие часы (при продолжающемся кровотечении), отсроченная при достижении необходимого уровня компенсации. Главным опорным пунктом является выявление необходимости экстренной операции. Если она необходима (более 17 баллов ИРК), сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике. В зависимости от прогноза возможности рецидива кровотечения можно выделить две основные группы: больные с неблагоприятным прогнозом рецидива кровотечения и больные, у которых вероятность рецидива кровотечения невелика. Иными словами, прогноз рецидива кровотечения является интегральным критерием, дающим возможность обоснованно определять сроки оперативного вмешательства. При этом целью операции является, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, и, во-вторых, излечение его от язвенной болезни. Наш опыт свидетельствует, что всем этим требованиям при кровоточащих дуоденальных и пилороантральных язвах в достаточной мере отвечает операция иссечения язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка обоснована у больных с локализацией язвы тела или в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, в ранние сроки от начала кровотечения, а также в тех случаях, когда во время операции обнаруживаются признаки малигнизации язвы. Паллиативные операции в виде изолированного прошивания или иссечения язвы любой локализации допустимы у больных только при крайне тяжелой кровопотере и тяжелых сопутствующих заболеваниях, исключающих радикальное вмешательство.

Выводы 1. Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар 2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

474.ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО РАКА ПИЩЕВОДА

Смирнов Д.Б.(1), Зигинова Т.М.(2), Зиалян А.А.(2), Ванюкова О.В.(1)

г.Петрозаводск

1)Больница скорой медицинской помощи,2)Петрозаводский государственный университет

Рак пищевода встречается у 5% больных злокачественными опухолями. Преобладают мужчины пожилого и старческого возраста (80% пациентов старше 60 лет). Актуальность проблемы связана с тем, что 60-70% больных раком пищевода и желудка на момент выявления, по данным статистических исследований, являются инкурабельными из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелой сопутствующей патологии. Основным клиническим симптомом распространенного рака пищевода и кардиального отдела желудка является дисфагия, возникающая при сужении просвета на 50-75%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией составляет 90 дней. Цель исследования: изучить заболеваемость раком пищевода среди жителей республики Карелия, рассмотреть основные методы лечения больных со стенозирующим раком пищевода. Материалы и методы В хирургическом отделении Республиканского онкологического диспансера г. Петрозаводска с 2011 по 2013гг находились на лечении 222 больных с диагнозом стенозирующего рака пищевода. Все пациенты поступали в плановом порядке, возраст больных составил от 42 до 91 лет. Большая часть пациентов были мужчины – 73%(n=161), женщин – 27%(n=61). У 9%(n=25) пациентов применены радикальные методы лечения: экстирпация пищевода с пластикой, резекция пищевода с пластикой, гастротомия с удалением опухоли. В качестве симптоматического лечения применяли гастростомию(n=42) и еюностомию (n=3). Паллиативное лечение (химио и лучевая терапия) получили 32% пациентов из 222. Выбор метода лечения определялся индивидуально, ориентировались на стадию опухоли, клинические симптомы, возраст и общее состояние пациента. После наложения гастростомы, устраняющей симптомы дисфагии, пациенты лишаются возможности приема пищи через рот, что несомненно нарушает усваивание питательных веществ, ухудшает качество жизни и является дополнительной психологической травмой. Для устранения дисфагии и восстановления питания через рот в настоящее время активно внедряются новые методы лечения – реканализация и эндопротезирование стенозированного пищевода нитилоновым саморасправляющимся стентом с силиконовым покрытием. В 2014г в БСМП г. Петрозаводска у 6 больных со стенозирующим раком пищевода 4 степени выполнили эндопротезирование пищевода под двойным эндоскопическим и рентген-контролем. Диаметр нитилонового стента при полном расправлении 18-20 мм, длина рабочей части 8-12 см, общая длина 13-17 см. После эндопротезирования устранена дисфагия. Больные получили возможность приема через рот жидкой, кашицеобразной пищи и сбалансированного полноценного питания. У одной больной выявлен рак дистального отдела пищевода с поражением кардиального

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

отдела желудка, был установлен аналогичный эндопротез с антирефлюксным клапаном. У одного из 6 пациентов с опухолью в средней трети пищевода с распадом имел место пищеводно-бронхиальный свищ с развитием вторичной субтотальной пневмонии. После выполнения эндопротезирования свищевое отверстие заблокировано, в послеоперационном периоде удалось купировать явления пневмонии. Выводы В сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевым стенозом пищевода и желудка эндоскопическая реканализация и эндопротезирование саморасправляющимися нитилоновыми стентами является оптимальным вариантом комплексного лечения. Использование возможностей современных методов эндоскопического лечения открывает перспективы для проведения полноценной паллиативной терапии больным с данным видом патологии.

475.ЛАПРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ С ДИАФРАГМАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш. Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш.

Узбекистан, Ташкент.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста.

Цель работы: обосновать и расширить показания к лапароскопической эхинококкэктомии с диафрагмальных сегментов печени у детей. Материал и методы исследования. В РНПЦМиЭХДВ проведен анализ результатов выполненных нами лапароскопических эхинококкэктомий печени (ЛЭЭП) в период с 2007 по 2014гг. годы, у -65 больных. Большинство больных были в возрасте старше 7 (89,2%) лет. Солитарная эхинококковая киста (ЭК) была установлена у 37 (56.9%), множественные ЭК у – 28 (43.1%) детей. Всего было обнаружено 122 ЭК, среди них малых размеров было 40 (32,8%) средних 58 (47,5%), больших 18 (14,8%) и гигантских 6 (4,9%). По нашим данным при эхинококковой болезни VII и VIII сегменты печени затронуты в 57,5% случаев, что указывает на не редкость такой локализации. Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, данных УЗИ, МСКТ и иммунологических исследований Создание определенного положения больного на операционном столе (возвышенный головной конец тела на 35-40° с поворотом на левый бок на 25-30°) и точность установки всех портов является одним из основных факторов, определяющих успех эндоскопической операции при ЭК печени VII-VIII

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

сегментов. Расположение троакаров отличаются от «стандартных» схем, но при этом соблюдены определенные условия, которые были обоснованы математическими расчетами. Для решения этой задачи был организован массив всевозможных режимов расположения правой и левой рук хирурга по отношению к оперируемому органу. Перебор режимов проводился с шагом 50 в интервалах от 5 до 85 градусов. Математическая модель оценки условий для манипуляции в брюшной полости подтвердила преимущество предложенной нами тактики при ЛЭЭП с VII-VIII сегментов у детей. На основе перевода параметров хирургического доступа, определенных на эндоскопическое действие, нами определены, оптимальное положение больного на операционном столе и точки введения рабочих портов при эхинококковых кистах VII-VIII сегментов печени. Всего нами было выполнено 65 диагностических лапароскопий из, которых 53 (81,5%) случаях удалось провести успешную ЛЭЭП с VII-VIII сегментов, в 3 (4,6%) случаях была выполнена минилапаротомия и эхинококкэктомия с видеоассистированием, в остальных 10 (15,4%) произведена конверсия – лапаротомия традиционная ЭЭП. Разработанная новая интраоперационная тактика позволила нам значительно расширить показания к лапароскопической эхинококкэктомии с VII-VIII сегментов печени и успешно выполнить ее 86% случаев.

476.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОПЕКЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО НЕФРОПТОЗА

Касьянов С.В.(1),Зигинова Т.М.(2), Ванюков А.В.(1),Канидьева И.В.(1)

г.Петрозаводск

1)НУЗ «ОКБ на станции Петрозаводск»,2)Петрозаводский государственный университет

Проблема лечения нефроптоза разрабатывается более 130 лет. По данным статистики положительные результаты консервативных методов лечения наблюдаются только у 13% больных. В связи с увеличением заболеваемости нефроптозом за последнее десятилетие почти в 3 раза, разнообразием клинических проявлений, часто осложненное течение заболевания с необратимыми морфологическими изменениями в почках и почечных сосудах, а так же с увеличением требования к качеству жизни, невозможность длительной реабилитации в послеоперационном периоде появляются все новые и новые предложения, направленные на уменьшение травматичности оперативного пособия, улучшения результатов нефропексии. В качестве малоинвазивного метода лечения

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

симптоматического нефроптоза в последнее время часто используется лапароскопическая нефропексия. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 24 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении НУЗ ОКБ на ст. Петрозаводск с 2009 по 2014гг по поводу нефроптоза. Возраст больных составил от 20 до 58 лет, 87,5% из них были лица трудоспособного возраста. Женщин 22, мужчин 2. Основными клиническими проявлениями нефроптоза при поступлении были жалобы больных на боли в поясничной области, усиливающиеся в вертикальном положении, особенно после длительного стояния или долгой ходьбы. В результате обследования по данным УЗИ, экскреторной урографии в положении стоя и лежа у всех больных диагностирован правосторонний нефроптоз II-III ст. Всем 24 больным выполнялась лапароскопическая ретроперитонеальная нефропексия с применением синтетического аллопластика пролена с использованием степлера. Результаты. Больных поднимали на 3-4 сутки, выписывали из стационара в удовлетворительном состоянии на 7й день, а к труду пациенты приступали на 14-16-е сутки. Проанализировав отдаленные результаты лечения, выявили рецидив у 2х больных, которые были повторно прооперированы через 8 месяцев после первой операции. Причиной рецидива послужило нарушение охранительного режима в послеоперационном периоде после выписки из стационара. Выводы: лапароскопическая нефропексия — малоинвазивный, безопасный и эффективный метод лечения для больных с симптоматическим нефроптозом, обеспечивающий радикальное решение проблемы. Несомненно лапароскопический подход имеет большие преимущества по сравнению с открытой операцией, ввиду прежде всего быстрого восстановления больных, малого количества пребывания в стационаре и повышения качества жизни больных.

477.ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Васнев О.С., Израилов Р.Е., Нигматов М.М., Кошкин М.А.

Москва

Московский Клинический Научный Центр

ВВЕДЕНИЕ. В последние три десятилетия отчетливо отмечается тенденция к увеличению количество операций по поводу рефлюкс-эзофагита (РЭ). Однако, несмотря на существующие стандартные методики антирефлюксных операций, по-прежнему встречается неудовлетворительных результаты. К неудачным относятся те операции,

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

после которых остаются ранее выявляемые симптомы (отрыжка, изжога и др.) или возникают новые (боль, дисфагия, рвота, вздутие живота и др.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2013 по 2014 гг. наблюдали 9 больных, из них 3 мужчин и 6 женщины в возрасте от 21 до 68 лет (средний возраст 59 лет), перенесших различные операции по поводу РЭ, результаты которых были неудовлетворительными (7 операция была выполнена лапароскопически, а 2 из лапаротомного доступа). Фундопликационная манжетка у 7 пациентов сформирована по Nissen, а по одному по Toupet и Черноусову А.Ф. в сочетании с крурорафией. У всех наблюдаемых больных неудовлетворительные результаты возникли в раннем послеоперационном периоде. При поступлении больные предъявляли жалобы на изжогу (3), дисфагию (6), боль в эпигастрии и за грудиной (3). У семи пациентов дисфагия была обусловлена сдавлением желудка «соскользнувшей» манжеткой, а у двоих за счет ее гиперфункции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все пациенты были оперированы повторно. Интраоперационно были выявлены следующие технические погрешности, допущенные во время предыдущих операций: сформирована излишне тугая манжетка (2), «феномен телескопа» (7). Реконструктивные антирефлюксные операции с лапароскопической рефундопликации по Черноусову А.Ф. выполнено 7 больным, в одном случае с пластикой пищеводного отверстия диафрагмы сетчатым трансплантатом. Одному пациенту произведена лапароскопическая рефундопликация по Ниссену; одной больной лапаротомия, рефундопликация по Тупе Средняя продолжительность операции составила $191 \pm 65,1$ мин. (от 130 до 255 мин.). Средний объем кровопотери – $120 \pm 48,3$ мл (от 50 до 300 мл). Средний послеоперационный период составил 17 ± 6 койко-дней. В раннем послеоперационном периоде, хорошие непосредственные функциональные результаты с исчезновением клинической симптоматики, получены у всех оперированных больных. При рентгенологическом исследовании ни у одного пациента не выявлено нарушения глотания, прохождения и затеков контрастного вещества по пищеводу, а так же признаков гастростаза.

ВЫВОДЫ: Таким образом, наш опыт показывает проведение повторных вмешательств на кардиоэзофагеальном переходе после выполненных антирефлюксных операций лапароскопическим способом не только технически выполнимо, но и безопасно, причем качество жизни таких пациентов значительно улучшается. Целесообразно концентрация пациентов с РЭ, особенно пациентов с рецидивами заболевания, в специализированные учреждения с большой технической базой и высококвалифицированными специалистами.

478. Fast track surgery в лечении перфорации дивертикула сигмовидной кишки, осложненного перитонитом.

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Луцевич О.Э. (1), Галямов Э.А.(1,2), Галямова С.В. (2), Карев Л.М. (2), Макушин А.А (2)., Ерин С.А.(2), Джафаров Э.Т.(2).

Москва. РФ

(1).МГМСУ Кафедра факультетской хирургии №1; (2).ЗАО ГК "Медси";

В последние годы в развитии эндоскопической ургентной хирургии наметилась отчетливая тенденция к более активной хирургической тактике. Наш опыт показывает эффективность ранних программных лапароскопических санаций брюшной полости при перитонитах. Минимальная хирургическая травма в сочетании с комплексной интенсивной терапией позволяет в кратчайшие сроки активизировать пациентов, практически реализуя программу «Fast Track», используемую нами, например, в лечении деструктивных панкреатитов. Однако до настоящего времени нет единой концепции о сроках реконструктивных операций на кишечнике после санации перитонитов. Общепринятым считается, восстановительные операции на толстой кишке могут выполняться не ранее чем через 6 месяцев после купирования явлений перитонита. В свою очередь для некоторых пациентов наличие колостомы на передней брюшной стенке создает не только физический недуг, но выраженный моральный и социальный дискомфорт. Стоит ли придерживаться жестких сроков, установленных много десятков лет тому назад, когда еще не было малоинвазивных технологий? Примером выполнения реконструктивных операций на кишечнике в ранние сроки является следующий клинический случай. Пациент М., мужчина 46 лет поступил с клинической картиной перфорации полого органа, распространенного перитонита через 12 часов от начала заболевания. В экстренном порядке выполнена диагностическая лапароскопия: При диагностической лапароскопии операционная ситуация расценена как дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки, перфорация дивертикула сигмовидной кишки, распространённый гнойно-фибринозный перитонит. С учетом характера и распространенности перитонита, больному показана операция Гартмана лапароскопическим доступом: обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной сигмостомы, санация и дренирование брюшной полости. Сигмовидная кишка мобилизована с использованием аппарата LigaSure. На границе сигмовидной и прямой кишки наложен сшивающий аппарат. Сигмовидная кишка с причинным дивертикулом выведена через сформированную контрапертуру в левой мезогастральной области, резецирована в пределах здоровых тканей и фиксирована к коже отдельными узловыми швами. Брюшная полость дополнительно промыта 15 литрами физиологического раствора, фибрин удален, брюшная полость осушена. Силиконовые дренажи установлены в малый таз и в левый боковой канал. В послеоперационном периоде проводилась комплексная инфузионная детоксикационная, антибактериальная терапия, по общепринятым стандартам, а так же ранняя активизация пациента, как основное направление клиники, энтеральное и парентеральное питание. Динамика положительная. Болевой синдром не выражен, температура тела субфебрильная, лабораторные показатели с положительной динамикой, сигмостома функционирует, отходят газы и жидкий стул. На 3-и сутки

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

выполнена лапароскопическая программируемая санационная релапароскопия. Интраоперационная картина: во всех отделах брюшной полости незначительное количество серозно - геморрагического выпота. Взят посев, выпот эвакуирован. При ревизии видимые петли тонкой и толстой кишки не гиперемированы, сероза петель кишечника блестящая, розовая, определяется перистальтика. Фибрина нет. Так же продолжена основная терапия, пациент активирован на следующие сутки. Динамика положительная. Сигмостома функционирует, болевого синдрома практически нет, лабораторные показатели в пределах нормы, температура тела нормальная. Пациент переведен на энтеральное питание. Антибактериальная терапия с учетом посева из брюшной полости продолжена до 10 суток. С диагностической целью выполнена ирригоскопия через сигмостому на 9-е сутки после релапаротомии, для определения распространенности дивертикулеза. Выявлено, что их локализация только в сигмовидной кишке. Учитывая наличие линейного шва на культе дистальной части сигмовидной кишки, высокую вероятность несостоятельности при нагрузке давлением, ирригоскопия и колоноскопия через анальный канал не проводилась. Распространенность дивертикулеза дистальной части решено оставить на интраоперационный этап. Через 2 недели выполнена лапароскопическая реконструктивная операция - сигморектостомия. Произведена лапароскопическая мобилизация сигмовидной кишки, нисходяще ободочной кишки, селезеночного угла ободочной кишки. Кроме этого произведена лапароскопическая резекция дистальной части культи сигмовидной кишки, так как она так же содержала дивертикулы. Произведена девульсия ануса. В ампулярный отдел прямой кишки трансанально введен циркулярный сшивающий аппарат 28 мм, под контролем лапароскопа. На передней брюшной стенке иссечена сигмостома и удалена с участком сигмовидной кишки так же несущей дивертикулы. Внебрюшинно в приводящую толстую кишку погружена головка сшивающего аппарата и подшита кисетным швом. Кишка вновь погружена в брюшную полость. Рана ушита. Наложен карбоксиперитонеум. Мобилизован селезеночный угол ободочной кишки. Наложен циркулярный механический шов. Проверка на герметичность. Шов состоятельный. Произведено укрепление аппаратного шва серо-серозными шестью узловыми интракорпоральными швами. Брюшная полость промыта. Осушена. Гемостаз. Сухо. Брюшная полость дренирована. Послеоперационный период гладкий. Пациент выписан на 8 сутки после реконструктивной операции в удовлетворительном состоянии. Болевого синдрома нет. Питание естественное. Моторика кишечника не нарушена. Стул регулярный. По всем канонам пациент повторно для реконструкции должен был быть оперирован не ранее чем через 6 месяцев. Комплексное ведение пациента по системе Fast track позволило выполнить реконструкцию сигмовидной кишки через 2 недели от момента установки диагноза и первичного оперативного вмешательства (общий срок нахождения в стационаре 22 койко-дня).

479. Структура лапароскопической гинекологической помощи в Москве и характеристика осложнений за 2009-13 гг.

Азиев О.В.

Москва

Центр планирования семьи и репродукции

В настоящее исследование включены сведения об использовании лапароскопического доступа в 40 гинекологических отделениях и 14 родильных домах департамента здравоохранения г. Москвы, оснащенных эндоскопическим оборудованием, за период с 2009 по 2013 гг. За этот период по поводу патологии гениталий было выполнено 76030 лапароскопических вмешательств. Из них частота диагностической лапароскопии составила 8,1%, операций на придатках матки - 72,2%, миомэктомии - 4,1%, субтотальной гистерэктомии - 5,4%, тотальной гистерэктомии - 3,8%, конверсии 10,2/1000. Осложнения лапароскопии изучены только из 5 лечебных учреждений, в которых за период 2009-13 гг. было выполнено 24882 вмешательства. Всего зарегистрировано 67 серьезных осложнений, что составило 2,69/100. Из них отмечены: повреждения эпигастральных сосудов - 6, травмы кишечника -18, ранения мочевого пузыря и мочеточников -15, кровотечения -17, инфекционные - 6, прочие -5. Среди первостепенных задач следует отметить необходимость разработки единой национальной классификации осложнений лапароскопии, а также создание системы их регистрации и учета.

480. Видеоторакоскопия в лечении раненых с боевыми повреждениями груди

Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Ивченко Д.Р.

Балашиха

Главный военный клинический госпиталь Внутренних Войск МВД РФ

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Частота боевых повреждений груди в современных локальных вооруженных конфликтах остается высокой и составляет 11,6% от всех боевых ранений и травм. Внедрение новых технологий диагностики (спиральная компьютерная томография, ангиография, ультразвуковое исследование), и лечения (эндовидеохирургия, современный электрохирургический инструментарий, сшивающие аппараты, новые методы стабилизации грудной клетки, значительно возросшие возможности реанимации, интенсивной терапии и анестезиологического пособия, в том числе и в проведении эвакуации) изменило хирургическую тактику лечения боевых повреждений груди. Цель исследования: определить показания и возможности современных эндовидеохирургических методов в лечении боевых повреждений груди на этапах медицинской эвакуации. Материалы и методы: В работе проанализированы результаты обследования и лечения 227 раненых, военнослужащих внутренних войск МВД России с боевыми повреждениями груди, находившихся на лечении в медицинских учреждениях МВД России с 1999 по 2011 г. Основным хирургическим методом лечения при боевой травме груди на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи являлось дренирование плевральных полостей, которое в большинстве (59%) случаев являлось адекватным и достаточным на данном этапе. При продолжающемся внутриплевральном кровотечении и признаках тампонады сердца в 20,3% выполнялась торакотомия, остановка продолжающегося внутриплеврального кровотечения, ушивание ран сердца. Видеоторакоскопические вмешательства на этапе квалифицированной хирургической помощи не выполнялись. После стабилизации состояния раненые эвакуировались авиатранспортом на этап оказания специализированной хирургической помощи в окружные и центральные госпиталы. В специализированной торакальной хирургической помощи нуждались 78 (34,4%) раненых. Видеоторакоскопия как лечебный и диагностический метод применен у 18 (7,9%) раненых. Все вмешательства проводились при огнестрельных проникающих ранениях груди, носили отсроченный характер, выполнялись после исчерпывающего предоперационного обследования включавшего компьютерную томографию груди. При свернувшемся гемотораксе - у 5 раненых, при не купирующемся пневмотораксе - у 3, при инородных телах груди - у 3, при травматической эмпиеме - у 5 раненых, при повреждениях диафрагмы - 2 раненых. В 4 случаях произведена конверсия, при которой видеоторакоскопия дополнена миниторакотомией. Причиной перехода на миниторакотомию был неэффективный гемостаз в 2 случаях, в 2 случаях необходимость извлечения удаленной части легкого с инородным телом - осколком. В остальных случаях видеоторакоскопия носила исчерпывающий характер и не потребовала в дальнейшем повторного хирургического лечения. Результаты: В результате применения выработанной хирургической тактики длительность лечения по поводу боевых повреждений груди на этапе специализированной помощи сократилось с 20+4,3 до 11+3,1 суток, при сокращении продолжительности оперативного вмешательства с 109+16,8 до 84+15,2 минут, сокращении сроков заживления послеоперационных ран с 11+1,8 до 6+1,2 суток, сокращении длительности применения наркотических анальгетиков с 4+2,5 суток до 2+1,4 суток, ненаркотических анальгетиков с 9+2,7 до 5+2,4 суток

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

соответственно. Выводы: Таким образом, видеоторакоскопия показана при свернувшемся гемотораксе, не купирующемся пневмотораксе, инородных телах плевральных полостей, повреждениях диафрагмы, посттравматическом плеврите и эмпиеме. Использование видеоторакоскопии при боевых повреждениях груди, сопровождающихся продолжающемся внутриплевральным кровотечением считаем нерациональным в связи с задержкой необходимой неотложной торакотомии и остановки продолжающегося кровотечения, а также отсутствием на передовых этапах оказания медицинской помощи необходимого оборудования и специалистов.

481. Лапароскопическая герниопластика при послеоперационных вентральных грыжах

Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Юденков С.Н., Индейкин А.В., Петров В.Н., Коляденкова Т.Г., Колесова С.Н.

Балашиха

Главный военный клинический госпиталь Внутренних Войск МВД РФ

Современные данные медицинской статистики свидетельствуют о повышении частоты формирования послеоперационных вентральных грыж до 10% в плановой хирургии и до 32-35% в экстренной хирургии, что обусловлено увеличением количества оперативных вмешательств современной хирургической практике, расширение их объема, увеличением среди оперируемых лиц пожилого и старческого возраста. Наиболее современным и малоинвазивным методом лечения послеоперационных грыж является лапароскопическая герниопластика композитными сетками с неадгезивным покрытием. В работе представлен опыт 97 лапароскопических герниопластик композитной сеткой с неадгезивным покрытием при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах передней брюшной стенки. Цель исследования: изучить эффективность, определить показания и усовершенствовать технику лапароскопической герниопластики сеткой при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах. Материалы и методы. Из лапароскопического доступа нами оперирован 97 пациент с послеоперационными (78) и рецидивными (19) вентральными грыжами в возрасте от 30 до 72 лет. У 22 пациентов наряду с послеоперационной вентральной грыжей имелась сочетанная патология требующая выполнения симультантных операций. В 14 случаях - желчнокаменная болезнь, в 6- кисты придатков матки, в 2- двусторонняя косая паховая

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

грыжа. В 96 случаях пациенты оперированы в плановом порядке и в 1 – с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей. В 91 случае послеоперационные вентральные грыжи были в области срединного рубца: верхне- срединной локализации- 31, средне- срединной- 42 и нижне- срединной- 18. У 5 пациентов грыжа локализовалась в правой подвздошной области после аппендэктомии, и у 1- в левой подвздошной области после лапароскопической резекции кисты яичника. Размеры грыжевых ворот были менее 5 см- 28 пациентов; от 5 до 10 см- 53, более 10 см – 16 пациентов. Результаты. Лапароскопическая герниопластика послеоперационных вентральных грыж была выполнена у всех 97 пациентов сеткой «Proseed» и «Parietex», которая фиксировалась к передней брюшной стенке проленовой нитью и герниостеплером «Protack». При этом сетка фиксировалась с перекрытием дефекта апоневроза не менее 3 см. У 22 больных наряду с герниопластикой послеоперационной вентральной грыжи были выполнены- 14 холецистэктомий, 6 удалений кист придатков матки и 2 двусторонняя лапароскопическая герниопластика по поводу двусторонней косой паховой грыжи. Послеоперационных осложнений не было. Отдаленные результаты отслежены у 82 пациентов. Выявлено 4 рецидива грыжи. Причинами рецидивов явилось отрыв боковых краев трансплантата. Три пациента повторно оперированы традиционным способом и один - лапароскопическим. Выводы. Лапароскопическая герниопластика позволяет малоинвазивно с хорошими результатами устранить послеоперационные вентральные грыжи и одномоментно диагностировать и устранить сочетанную хирургическую патологию. Однако рецидивы грыж требуют дальнейшего совершенствования техники лапароскопической герниопластики и более строгого отбора пациентов. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

482.ЛИМФОТРОПНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЕ ОКТРЕАТИДА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.

Пирумян А.А., Скобло М.А., Погосян А.А., Ефросинина И.В., Григорян Л.М., Дударев И.В., Каминский М.Ю.

г. Ростов на Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ МБУЗ "Городская больница №6" Городской колопроктологический центр

Заболеваемость панкреонекрозом из года в год неукоснительно растет, а летальность, по разным данным , составляет от 19,5 до 59%. Не

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

маловажным является тот факт, что для проведения адекватной послеоперационной интенсивной терапии требуется немалые средства для медикаментозного обеспечения. Цель исследования: Оценить эффективность регионарной не прямой лимфотропной терапии сандостатином у больных с панкреонекрозом в ближайшем послеоперационном периоде. Материалы и методы: Нами было обследовано 54 пациента с панкреонекрозом в возрасте от 28 до 67 лет, сопоставимых по основному заболеванию и тяжести состояния. Всем больным после санации и дренирования гнойного очага инфекции проводилась послеоперационная интенсивная терапия. Она включала в себя дифференцированную, патогенетически обоснованную инфузионно-трансфузионную, антибактериальную, антиоксидантную, реологическую, антикоагулянтную, антикининовую терапию, а также гастропротекторную терапию и адекватное обезболивание анальгетиками и проведением пролонгированного эпидурального обезболивания. Введение в эпидуральное пространство бупивакаин 5% производилось шприцевым насосом в течении суток. Первую группу (n=26) составляли пациенты получавшие сандостатин в стандартной дозе- по 100 мкг подкожно три раза в сутки. Во второй группе (n=28) пациентов получали сандостатин введением по методике в подвздошно-паховую область. Оценка тяжести и состояния больных исследовались по системе SAPS, клинико-биохимическим данным уровню экзогенной интоксикации и ферментативной, микроциркуляции, транспорту кислорода. Результаты: Проведенные исследования показали, что в обеих группах на фоне проводимой интенсивной терапии отмечалось уменьшение уровня эндотоксикоза, стабилизация биохимических показателей, увеличение потребления и доставки кислорода тканям, улучшение микроциркуляции. Однако в группе больных, получавших сандостатин лимфотропно, уровень эндотоксикоза и гиперферментемии снижались несколько быстрее, что давало возможность осуществлять перевод пациентов с данной патологией из отделения анестезиологии-реанимации в хирургическое отделение в среднем на 5-6 суток , по сравнению с 12-14 сутками в первой группе больных. Выводы: Полученные нами данные свидетельствуют о том, что назначение введения сандостатина лимфотропно позволяет не только улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом, но и существенно снизить летальность при данной патологии, а так же снизить стоимость лечения больных.

483.Видеоэндоскопические и малоинвазивные технологии в современной урологической практике

С.В. Древалъ (1), Р.В. Лавинский (1,2), С.А. Тарасов (1,2), С.В. Рудь(1,3), Д.П. Ефремов (1,3).

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Ижевск

1) Центр современной урологии и хирургии 2) ГКБ№6 3) БУЗ УР РКДЦ МЗ УР

Современная амбулаторная хирургия и урология развиваются на основе новых форм организации, предусматривающих перенос технологии из стационара в поликлинические условия. Одним из перспективных направлений современного здравоохранения России по оказанию медицинской помощи населению, является развитие стационарзамещающих хирургических технологий (амбулаторная хирургическая помощь, центры амбулаторной хирургии, стационары одного дня и т.п.). Различные по форме и инфраструктуре центры амбулаторной хирургии (ЦАХ) с палатами дневного пребывания (однодневными стационарами) демонстрируют убедительные достижения в количественном и качественном отношении во многих областях хирургии и урологии. Значительное число хирургических больных может быть прооперировано за счет расширения объема оперативной деятельности в амбулаторных условиях за счет внедрения современных видеоэндоскопических технологий. Цель исследования. Изучить возможности внедрения современных видеоэндоскопических и малоинвазивных технологий в работу центра дневного пребывания. Материалы и методы. В Центре современной урологии и хирургии с 2012 года выполнено 270 операций 268 пациентам урологического профиля. Средний возраст пациентов составил 63 ± 1.2 года. 163 пациентам операции выполнены под спинальной анестезией, 105 под местной инфильтрационной анестезией. Среди пациентов преобладали больные с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГЖП) 63%, им выполнена видеоэндоскопическая трансуретральная лазерная вапоризация аденомы предстательной железы. 105 пациентам выполнялись операции по поводу варикоцеле, фимоза, водянки яичка. Среднее время пребывания пациентов в центре составило $8 \pm 0,5$ часа. Временная нетрудоспособность составила 7 суток. В раннем послеоперационном периоде отмечены 2 осложнения (кровотечение и тампонада мочевого пузыря), потребовавшие эвакуации пациентов в дежурный урологический стационар, для коррекции и лечения осложнений. В последующем эти пациенты провели 10 и 12 суток в стационаре урологического профиля. Летальных исходов не было. Таким образом, организационное развитие амбулаторной урологии с использованием современных методов малоинвазивных оперативных вмешательств позволило оказывать населению высококвалифицированную медицинскую помощь на поликлиническом уровне. Внедрение стационарзамещающих технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне имеет высокую медицинскую и социально-экономическую эффективность. При таком методе лечения сохраняется привычный уровень качества жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде; ускоряется темп медико-социальной реабилитации, затраты на проведение лечения в амбулаторных условиях уменьшаются в 1,5-4 раза.

484. Абдоминальный компартмент-синдром его профилактика и интенсивная терапия при лапароскопических операциях.

Погосян А.А., Пирумян А.Ж., Скобло М.Л., Ефросинина И.В. Камчаткина Т.И. Дударев И.В., Каминский М.Ю., Григорян А.М

г. Ростов на Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ МБУЗ "Городская больница №6" Городской колопроктологический центр

Введение: Абдоминальный компартмент-синдром (АКС) — это синдром системных гемодинамических, дыхательных, почечных нарушений, возникающих в результате высокого внутрибрюшного давления (ВБД), который характеризуется возникновением и прогрессированием проявлений иолиорганной недостаточности, несостоятельности и при отсутствии необходимого лечения быстро приводящий к смерти критических пациентов Цель исследования: — повысить эффективность профилактики пациентов с АКС. Материалы и методы исследования: Исследована группа пациентов (44 больных: 25 мужчины и 19 женщин) с острой (20 пациентов, 1-я группа) и хронической (24 больных, 2-я группа) абдоминальной патологией. В 1-ю группу вошли пациенты с острым деструктивным холециститом (9 больных), острой кишечной непроходимостью (5 пациентов), острым панкреатитом (2 больных), перфоративными язвами кишечника (4 пациента). Во 2-ю группу — пациенты, оперированные по поводу опухоли забрюшинного пространства (5 больных), колоректального рака. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $44,5 \pm 4,8$ года, во 2-й — $49,2 \pm 6,5$ года. Тяжесть заболевания оценивали по шкале APACHE II. В 1-й группе данный показатель был $19,4 \pm 4,9$ балла (APACHE II) и $22,1 \pm 3,7\%$, во второй — соответственно $9,4 \pm 3,3$ балла и $12,4 \pm 3,3\%$. У 9 пациентов произведены лапаротомические операции, у 35 — лапароскопические. Всем больным проводилось комбинированное общее обезболивание ингаляционным анестетиком изофлюраном с фентанилом на фоне искусственной вентиляции легких с низким газотоком $0,7—1,0$ л/ мин по общепринятой методике. При ВБД >16 мм рт.ст. у 8 пациентов проводилась эпидуральная анестезия (ЭА). Интенсивная терапия была направлена на достижение общих критериев устранения биоэнергетической недостаточности. Антибактериальная терапия проводилась до и в после операционном периоде. У всех пациентов исследовались показатели газообмена, гемодинамики, метаболизма. ВБД измеряли прямым инвазивным методом (28 пациентов) и непрямым чрезпузырным (16). Результаты и их обсуждение: У пациентов с ВБД >16 мм рт.ст., у которых не использовались ЭА (5 пациентов), внутрибрюшное давление было достаточно высоким ($23,4 \pm 3,4$ мм рт.ст.). В этой группе больных отмечался

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

низкий системный транспорт кислорода на фоне умеренного нарушения его потребления. Нарушения кислородного режима были обусловлены вентиляционным и транспортным компонентами. Степень АКС сочеталась с более глубокими нарушениями кислородного статуса, значительно отягощая состояние пациентов. При использовании ЭА ВБД было $17,4 \pm 4,8$ мм рт.ст. Хирургическая декомпрессия брюшной полости у больных не применялась. Летальность — 0. Выводы: 1. Определение ВБД позволяет диагностировать возникновение АКС, оценивать тяжесть его проявления, качество и эффективность проводимого лечения, своевременно прибегать к радикальной хирургической декомпрессии брюшной полости. 2. Эпидуральная анестезия уменьшают вероятность АКС, а в случае возникновения — благотворно влияют на его течение. 3. Лапароскопические технологии значительно снижают вероятность развития АКС.

485. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Ефросинина И.В., Скобло М.А., Пирумян А.Ж., Погосян А.А., Каминский М.Ю., Бескубский В.А., Григорян Л.М.

Г. Ростов на Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ МБУЗ "Городская больница №6" Городской колопроктологический центр

Цель исследования: Обоснование необходимости коррекции состояния питания у пациентов с панкреонекрозом, как фактора, позволяющего улучшить результаты лечения. Материал и методы исследования: Обследованы 97 пациентов, оперированных по поводу панкреонекроза. В зависимости от проводимой нутритивной поддержки больные были разделены на 2 группы. В 1-ю вошли 35 больных, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию. Вторую группу составили 65 пациентов, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание. Дозировка препарата рассчитывалась исходя из фактической потребности больного в энергии и основных нутриентах. Результаты и обсуждение: На момент оперативного вмешательства у пациентов обеих групп был идентичный трофологический статус, отражающий наличие тяжелой питательной недостаточности. В 1 группе наблюдалось увеличение дефицита фактической массы тела (ФМТ) до $17,56 \pm 1,03$ % ($p=0,05$). У больных 2ой группы наблюдалась стабилизация показателей дефицита

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

массы тела (МТ) и процентного дефицита ФМТ. Так, дефицит ФМТ составлял $14,21 \pm 58\%$, а дефицит МТ $10,62 \pm 0,55$ кг на одного пациента. Выявлены достоверные различия при сравнении дефицита ФМТ ($p=0,025$) и различия на уровне статистической тенденции при сравнении окружности плеча ($p=0,066$), толщины кожно-жировой складки ($p=0,058$) и окружности мышц плеча ($p=0,068$). Это свидетельствует о том, что у больных 2ой группы в течение первых 10 суток послеоперационного периода наблюдается стабилизация соматометрических критериев и отсутствие нарастания дефицита ФМТ, что объясняется соответствием расчетных энергопотребностей и проводимого энтерального питания. В 1ой группе сохранялись негативные тенденции по снижению соматометрических показателей и нарастанию дефицита МТ. Отмечалось статистически значимое нарастание дефицита МТ, который к 20 суткам после операции достигал $21,74 \pm 0,89\%$ ($p=0,03$), что составляло $16,13 \pm 0,91$ кг ($p=0,04$) на одного пациента. Во 2 2ой группе дефицит МТ статистически значимо уменьшился с $14,21 \pm 0,58$ до $12,25 \pm 0,48\%$ ($p=0,02$), что составляло $9,63 \pm 0,48$ кг. Это свидетельствует о том, что пациенты 2ой группы получали питание, соответствующее их расчетным энергопотребностям. Вместе с тем, на фоне адекватно проводимой нутритивной терапии степень питательной недостаточности во 2ой группе минимальна и не имеет тенденции к нарастанию, а в 1ой группе наблюдается прогрессирование питательной недостаточности. Выводы: У больных с панкреонекрозом выявляются тяжелые нарушения белкового и энергетического обмена, что клинически проявляется снижением функциональных резервов организма. Исхода из оценки трофологического статуса установлено, что в раннем послеоперационном периоде необходимость и объем нутриционной терапии возрастают, что обусловлено тяжестью хирургического вмешательства и особенностями послеоперационного ведения больных, затрудняющих адекватное получение и усвоение нутриентов. Указанный комплекс патологических реакций обуславливает, необходимость коррекции метаболических потребностей организма как составной части патогенетической терапии острого панкреатита и соответственно панкреонекроза. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

486. Эндовидеохирургическая санация холедоха и эндобилиарная озонотерапия при прорыве эхинококкоза печени в билиарный тракт

Койчуев Р.А., Османов А.О., Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., М.З.Магомедов

Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Эхинококкоз - хронически протекающий гельминтоз, характеризующийся очаговыми поражениями печени, легких и других органов, сопровождающийся аллергизацией организма и развитием тяжелых осложнений, нередко приводящих к инвалидности и летальным исходам. Механическая желтуха в результате прорыва оболочек и элементов паразита в билиарное дерево, цистобилиарные свищи, холангит на этом фоне, стенозирующий папиллит, образование наружных желчных фистул в послеоперационном периоде, являются одними из серьезных осложнений эхинококкоза печени. В исследование включены результаты лечения 1046 пациентов с эхинококкозом печени. Из них билиарные осложнения с развитием механической желтухи наблюдались у 253 (24,2%) больных. С целью улучшить результаты лечения этих пациентов мы применили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) у 28 (2,6%) пациентов и в случаях, где выполнение (ЭПСТ) было невозможно выполнили интраоперационную холедохоскопию. Всем больным в предоперационном периоде прорыв зародышевых элементов эхинококковой кисты в жёлчное дерево был подтверждён на основании магнитно-резонансной томографии (МРТ). Интраоперационная холедохоскопия выполнена у 216 (20,6%) больных. Размеры эхинококковых кист варьировали в пределах от 5,7 см до 11,8 см, имели различную локализацию в сегментах печени. Показания для интраоперационной холедохоскопии выставляли на основании клинических данных, динамического УЗИ, КТ, МРТ, ретроградной холангиографии. На операции первым этапом выполнялась открытая эхинококкэктомия с наружным дренированием остаточной полости. После эвакуации содержимого эхинококковой кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости, выполняли эндовидеоскопию остаточной полости, для выявления цистобилиарных свищей, их расположения по отношению к сегментарному строению печени. После холедохотомии и извлечения доступных оболочек паразита с хитином и зародышевыми элементами, в просвет холедоха проводили холедохоскоп. Во всех случаях удалось провести полноценную ревизию жёлчного дерева от сегментарных жёлчных протоков до двенадцатиперстной кишки с извлечением хитиновых оболочек и дочерних кистозных формирований паразита. Всем больным интраоперационно проводилась холангиография. После освобождения билиарного дерева выполнялся лаваж билиарного дерева озонированным физиологическим раствором в концентрации 4000 мкг/л. У 16 пациентов при холедохоскопии были выявлены признаки гнойного холангита. В этих случаях выполнено наружное дренирование холедоха по Вишневскому, в остальных случаях оперативное вмешательство завершено наложением одного из вариантов билиодигестивного анастомоза, чаще холедоходуоденоанастомоза. Интраоперационная холедохоскопия с тщательной ревизией и с последующей санацией билиарного дерева, позволили существенно улучшить результаты лечения эхинококкоза печени с прорывом оболочек паразита в билиарный тракт. Заключение: при подтверждении прорыва эхинококкоза в жёлчные пути показано при возможности, выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. В остальных

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

случаях, необходимо выполнение интраоперационной холедохоскопии с экстракцией оболочек паразита с дочерними кистами.

487. Эмболизация селезеночной артерии – малоинвазивная методика подготовки к лигированию варикозно расширенных вен пищевода и портокавальному шунтированию

Мужаровский А. А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия, кафедра общей хирургии

Актуальность. Лигирование варикозно расширенных вен пищевода на фоне тромбоцитопении связано с повышенным риском кровотечения. Эндovasкулярное лечение гиперспленизма у пациентов с синдромом портальной гипертензии позволяет корректировать уровень тромбоцитопении, что снижает вероятность геморрагических осложнений при выполнении эндоскопических и интервенционных методик. Цель исследования. Оценить эффективность эмболизации селезеночной артерии в коррекции гиперспленизма при подготовке к лигированию варикозно расширенных вен пищевода в комплексном лечении больных с синдромом портальной гипертензии. Материалы и методы. В исследование включены 94 пациента с гиперспленизмом, проявляющимся выраженной тромбоцитопенией (уровень тромбоцитов ниже $75 \times 10^9/\text{л}$), которым выполнена эмболизация селезеночной артерии. Исследуемые пациенты проходили подготовку к лигированию вен пищевода, шунтирующим операциям или противовирусной терапии. Всего выполнено 156 эмболизаций селезеночной артерии (СА). Проксимальная стволовая эмболизация проведена 21 пациенту, причем 18 из них – неоднократно (2–6 процедур). При этом в ствол СА устанавливали 1–3 спирали, добиваясь редукции артериального кровотока на 30–100 %. Размер и количество спиралей зависели от диаметра СА, размеров селезенки и выраженности гиперспленизма. Хроническую эмболизацию выполнили 73 больным. Для этого в ствол СА устанавливали спираль, диаметром на 1–2 мм больше внутреннего просвета сосуда. Далее, вводили 1–2 спирали меньшего диаметра с тефлоновым ворсом, которые располагали внутри первой. Они являлись источником формирования микротромбов, обеспечивая хроническую эмболизацию паренхимы селезенки. Кроме того, комплекс спиралей приводил к редукции кровотока по стволу СА. В случае рецидива гиперспленизма, в 56 наблюдениях, использовали поэтапную редукцию артериального кровотока к селезенке. Сначала выполняли хроническую

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

эмболизацию СА, вторым этапом производили полную окклюзию ствола СА. У 5 пациентов рецидив гиперспленизма был связан с развитием мощных артериальных коллатералей к селезенке из левой и правой желудочных, желудочно-сальниковых артерий, которые были эмболизированы при помощи установки 2–4 спиралей. Для эмболизации использовали спирали с тефлоновым ворсом MReye, Tornado, Nester, Gianturco (Cook, США) диаметром витка 5–20 мм, длиной 3–10 см. Результаты. После выполнения процедур эмболизации через 2–4 недели послеоперационного периода у всех больных было отмечено увеличение количества тромбоцитов с $75\text{--}26 \times 10^9/\text{л}$ до $140\text{--}76 \times 10^9/\text{л}$. Полного разрешения гиперспленизма не происходило ни в одном из наблюдений. При динамическом наблюдении в период от 3 месяцев до 13 лет у 56 пациентов развился рецидив заболевания с тромбоцитопенией до $70\text{--}31 \times 10^9/\text{л}$, что требовало проведения повторной процедуры. Из них 18 пациентов (85,7 %) с проксимальной стволовой эмболизацией и 38 пациентов (52,1 %) с хронической эмболизацией СА. У 9 пациентов (9,6 %) в отдаленном послеоперационном периоде (через 3–6 месяцев после эмболизации СА) выявлен клинически не значимый инфаркт участка селезенки размерами $5 \times 2 \times 1,5$ см с фиброзом тканей, что не требовало коррекции и дополнительного лечения. Заключение. Эндovasкулярные методики лечения гиперспленизма при синдроме портальной гипертензии снижают риск геморрагических осложнений лигирования варикозно расширенных вен пищевода и портокавального шунтирования. Эмболизация СА и артериальных коллатералей к селезенке при гиперспленизме позволяет эффективно купировать его проявления и обеспечивает быструю коррекцию тромбоцитопении, в то же время демонстрируя пролонгированный клинический эффект. Хроническая эмболизация селезеночной артерии более эффективна, чем проксимальная стволовая эмболизация и вызывает меньшее количество рецидивов гиперспленизма. Поэтапная редукция артериального кровотока к селезенке с хронической эмболизацией СА позволяет малоинвазивно купировать рецидив гиперспленизма.

488. Эффективность использования голометаллических стентов и стент-графтов при трансъюгулярном интрапеченочном портосистемном шунтировании

Мужаровский А. Л.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия, кафедра общей хирургии

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Цель исследования. Оценить эффективность трансъюгулярного интрапеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) с использованием голометаллических стентов и стент-графтов в коррекции осложнений синдрома портальной гипертензии. **Материалы и методы.** В исследование включены 11 пациентов с синдромом портальной гипертензии на фоне цирроза печени, которым было выполнено TIPS. У всех пациентов выявлено варикозное расширение вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) II–IV ст., в 7 случаях из них осложненное кровотечением. Диуретикорезистентный асцит диагностирован у 6 пациентов. У 7 пациентов использовали непокрытые стенты S.M.A.R.T. Control (Cordis, США), диаметром 8–10 мм, длиной 80–100 мм. Четыре процедуры TIPS выполнено с установкой стент-графта Viatorr (Gore, США), диаметром 8–10 мм, длиной 60–100 мм (из которых голометаллическая часть – 20 мм). Восемью пациентам с выявленным гепатофугальным кровотоком в левой желудочной вене (ЛЖВ) эмболизировали портокавальные коллатерали при помощи спиралей MReye, Tornado, Nester, Gianturco (Cook, США), диаметром 5–10 мм, длиной 30–100 мм. Эффект окклюзии усиливали склеротерапией с эндоваскулярным введением пены 1 % этоксисклерола. **Результаты.** После выполнения процедуры TIPS у всех пациентов отмечалось снижение портосистемного градиента давления с 40–24 мм рт. ст. до 20–7 мм рт. ст. (в позднем послеоперационном периоде) При этом уменьшение этого показателя ниже 10 мм рт. ст. отмечено в раннем послеоперационном периоде каждого клинического случая, независимо от диаметра имплантируемого стента (8 или 10 мм). Однако, при использовании 10 мм протезов (4 пациента) был отмечен тотальный сброс воротной крови по шунту. Отсутствие у этих пациентов гепатопетального кровотока в ветвях воротной вены приводило к нарастанию печеночной энцефалопатии с 0–I ст. до 2–3 ст., что потребовало усиления специфической консервативной терапии. У 7 пациентов использовали стент диаметром 8 мм, при этом сохранение гепатопетального кровотока в ветвях воротной вены не сопровождалось прогрессированием печеночной энцефалопатии. Шунтирование в сочетании с эмболизацией портокавальных коллатералей, во всех случаях, приводило к регрессии ВРВПЖ до 0–I ст., рецидива кровотечений не было. У прооперированных пациентов с диуретикорезистентным асцитом (6 человек) удалось добиться его купирования или коррекции при помощи диуретиков. В течение всего периода динамического наблюдения (2–72 месяцев) за пациентами у которых в качестве эндопротеза использовался стентграфт Gore (Viatorr, США) тромбозов и окклюзий шунта не наблюдалось. У 7 пациентов с установленными голометаллическими стентами в 2 случаях развилась окклюзия шунта, что требовало его реканализации, а в 3 случаях выявлен стеноз для разрешения которого выполняли баллонную дилатацию (3 пациента) и рестентирование по типу «стент в стент» (1 пациент). **Заключение.** TIPS является эффективной и малоинвазивной методикой лечения таких осложнений синдрома портальной гипертензии как кровотечения из ВРВПЖ и диуретикорезистентный асцит. Отсутствие тромбозов, окклюзий и стенозов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах подтверждает преимущество стент-графтов перед голометаллическими стентами. Эмболизация и склеротерапия ЛЖВ, при гепатофугальном кровотоке, приводит к регрессии ВРВПЖ и позволяет

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

снизить риск рецидива пищеводных кровотечений в послеоперационном периоде.

489. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Ивануса С.Я.(1), Кочетков А.В.(1,2), Хохлов А.В.(1,2), Повзун С.А.(1), Кобиашвили М.Г.(2), Бояринов Д.Ю.(1), Шушакова О.В. (2)

Санкт-Петербург

1)ФГБОУ ВПО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" МО РФ, 2)ФГБУ "Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова" МЧС России,

Введение: Актуальность проводимых исследований определяется широким распространением рефлюкс-эзофагита и его осложненных форм (эрозивно-язвенные кровотечения из пищевода, пептические стриктуры пищевода, пищевод Барретта), частота которых достигает 10-15%. Увеличение удельного веса аденокарциномы пищевода среди других форм рака пищевода, встречаемость которой в США выросла с 10 до 30% за последние годы, многие исследователи связывают с ростом количества больных пищеводом Барретта. Развитие и внедрение в клиническую практику новых малоинвазивных методов диагностики и лечения заставляет пересматривать тактику лечения и динамического наблюдения за больными пептическим эзофагитом и его осложненными формами, и в особенности с пищеводом Барретта, как предракового заболевания. Материалы и методы: За последние 15 лет в клиниках общей хирургии ВМедА и ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова обследовались и лечились 182 больных рефлюкс-эзофагитом. Преобладали пациенты работоспособного возраста (61,5%), средний возраст - 52,2 года. Неосложненное течение болезни установлено у 103 (56,6%) пациентов, осложненное у 79 (43,4%). Из них пищевод Барретта диагностирован у 41 (22,7%) больного. Для определения патогенетических механизмов развития предопухолевых изменений в пищеводе был разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм обследования, который, помимо общепринятых методов обследования пациентов с данной патологией, включал: суточную рН-метрию, реогастрографию, эндоскопическое исследование с применением осмотра в NBI режиме, режиме i-scan, zoom-эндоскопию, гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов слизистой. По разработанному алгоритму обследованы 115 (63,1%) больных. Результаты: Пищевод Барретта и желудочная метаплазия слизистой пищевода

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

диагностированы у 41 пациента. Длинный сегмент более 3 см. определен в 15 (36,6%) случаях. У остальных больных диагностирован короткий сегмент. По результатам гистологического исследования у 15 (36,6%) больных выявлен желудочный тип метаплазии, у 23 (56%) - кишечный, у 3 (7,3%) - дисплазия тяжелой степени. Тактика лечения пациентов с пищеводом Барретта зависела от результатов обследования и прежде всего данных гистологического исследования. При желудочной метаплазии эндоскопическое удаление очагов метаплазии не предпринималось. У 20 пациентов с кишечной метаплазией была выполнена аргонплазменная коагуляция очагов метаплазии слизистой оболочки пищевода с контролем и гистологическим подтверждением восстановления многослойного плоского эпителия пищевода при эзофагоскопии через месяц после операции. 3 пациента с кишечной метаплазией от лечения отказались, в этих случаях осуществлялось динамическое наблюдение с интервалами обследования 1 раз в год. При дисплазии слизистой оболочки пищевода тяжелой степени в 3 случаях выполнена резекция измененного участка слизистой максимально на площади до 3 см². Наряду с устранением метаплазии или дисплазии слизистой пищевода для определения дальнейшей тактики лечения и показаний к оперативному лечению пациенты обследовались с использованием разработанного в клинике диагностического алгоритма. Для проведения дифференциальной диагностики недостаточности кардии функционального или органического генеза, а также оценки характера рефлюксата, пациентам выполнялась суточная рН-метрия. Наличие у больных с пищеводом Барретта в 21 (26,6%) наблюдении щелочных или смешанных рефлюксов, считали прогностически наиболее неблагоприятным фактором, что заставляло использовать более активную тактику лечения. У всех больных с пищеводом Барретта по данным суточной рН-метрии была диагностирована недостаточность пищеводного клиренса. С целью оценки тяжести течения эзофагита для обнаружения возможных различий гистологических изменений у больных с разным типом рефлюкса, а также для верификации вида метаплазии и степени дисплазии, подтверждения эффективности разработанного алгоритма лечения, проведено гистологическое исследование 93 биоптатов, взятых у 71 пациента. Использованы стандартные способы окраски. У 41 пациента при исследовании биоптатов выявлен пищевод Барретта. В 23 случаях диагностирована кишечная метаплазия. У 3 больных наблюдали дисплазию призматического эпителия тяжелой степени. В 6 наблюдениях после устранения метаплазии и дисплазии пищевода выполнялись повторные биопсии для гистологического исследования в сроки до 24 месяцев. Во всех случаях, как по данным эзофагоскопии, так и по данным гистологического исследования, выявлено замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским при сохранении умеренных воспалительных изменений слизистой пищевода. Показания к оперативной коррекции пищеводно-желудочного перехода устанавливали при выявлении признаков необратимых нарушений замыкательной функции кардии. Больные с пищеводом Барретта после устранения метаплазии и дисплазии эпителия пищевода в последующем были оперированы лапароскопически с целью устранения патологического желудочно-пищеводного рефлюкса. Оперативные вмешательства по восстановлению замыкательной функции кардии выполнены у 38 пациентов с пищеводом Барретта в объеме фундопликации по Nissen-Rosetti. В 3-х наблюдениях при кишечной

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

метаплазии пациенты от оперативного вмешательства отказались на фоне эффективной консервативной терапии. Результаты лечения пациентов с пищеводом Барретта оценивали через 3,6, 12 месяцев и далее 1 раз в год. Максимальный срок наблюдения составил 5 лет. Среди 41 пациента с пищеводом Барретта с гистологически подтвержденной элиминацией метаплазии или дисплазии очагов после лечения данных за рецидив не выявлено. Выводы: 1. Для улучшения результатов лечения больных с пищеводом Барретта необходимо использование алгоритма обследования с определением патогенетических механизмов развития воспалительных изменений в пищеводе, что обеспечивает дифференцированный подход к лечению. 2. При наличии пищевода Барретта пациентам показано двухэтапное лечение с использованием на первом этапе эндоскопического пособия, дополненного консервативной терапией; на втором - восстановление замыкательной функции кардии по показаниям. Это позволяет добиться выздоровления больных и отсутствие рецидива метаплазии или дисплазии при длительных сроках наблюдения.

490. Оригинальная методика чрескожной цистогастростомии

Золотницкая Л.С. (1), Панюшкин А.В. (1), Кукош М.В. (2), Трухалев В.А. (2)

Нижний Новгород

1) ГБУЗ НО ГКБ № 7 им. Е.А. Березова 2) ГБОУ ВПО Ниж ГМА МЗ РФ

Введение: Методом выбора в лечении панкреатических псевдокист, имеющих связь с протоковой системой поджелудочной железы, в настоящее время является внутреннее дренирование с применением малоинвазивных технологий. В сравнении с открытыми операциями, данные технологии сопровождаются меньшей травматизацией тканей, легче переносятся больными, значительно снижают экономические затраты, вызывают меньшее число осложнений. Цель исследования: улучшить результаты и снизить стоимость лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы путем внедрения новой малоинвазивной методики лечения данной патологии, позволяющей сократить длительность пребывания пациента в стационаре. Материалы и методы. В период с 2011 по 2014 гг. в клинике факультетской хирургии НижГМА на базе ГКБ №7 имени Е.А. Березова г. Нижнего Новгорода была применена новая малоинвазивная методика оперативного лечения по поводу псевдокист поджелудочной железы 2-го типа по классификации A.D'Egidio, M.Shein (1991) у 16 пациентов (мужчин – 12 (75%), женщин – 4 (25%)). Отмечена следующая локализация псевдокист: головка

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

поджелудочной железы – 1 (0,6%) больной, тело – 11 пациентов (68,7%), хвост – 4 (25%) наблюдения. Во всех случаях псевдокисты были одиночными. Средний диаметр составлял $111,5 \pm 3,1$ мм (от 53 до 170 мм). На первом этапе под УЗ-контролем выполнялось чрескожное трансгастральное (через 2 стенки желудка) и внеорганное дренирование псевдокисты поджелудочной железы стилет-катетером «Pigtail» 9 Fr. Далее выполнялась лапароскопия и осуществлялся перевод трансгастрального дренажа в просвет желудка. Одним зажимом захватывалась передняя стенка желудка, другим инструментом проводилось низведение дренажа. Необходимости в ушивании дефекта стенки не возникало. В результате стент располагался между желудком и псевдокистой, обеспечивая внутреннее дренирование. Среднее время операции составило $16,8 \pm 6$ минут (от 5 до 35 минут). Удаление дренажа выполняли эндоскопически через 12 месяцев после формирования надежного соустья. Результаты. Данная методика позволила добиться окончательного излечения у всех пациентов. При контрольных обследованиях, проведенных после извлечения стента (через 6, 12 и 24 месяца), признаков рецидива не выявлено. Осложнение было у 1 больного (инфицирование псевдокисты). Летальных исходов не отмечено. Выводы. Лапароскопический способ низведения трансгастрального дренажа в просвет желудка является эффективной методикой лечения псевдокист поджелудочной железы и может служить альтернативой эндоскопической технике.

491. Наш опыт применения гидрофобного полиакрилата при лапароскопических ИРОМ по поводу вентральных грыж

Панюшкин А.В. (1), Кукош М.В. (2), Трухалев В.А. (2), Сафронова Е.В. (1)

Нижний Новгород

1) ГБУЗ НО ГКБ № 7 им. Е.А. Берёзова 2) ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ

Актуальность: количество срединных грыж не имеет тенденции к снижению. Развитие послеоперационных вентральных грыж наблюдается после операций на органах брюшной полости в 9 – 20 % случаев. Доказано, что лапароскопическая пластика передней брюшной стенки при данных грыжах (ИРОМ) сопровождается меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде и меньшим сроком послеоперационной реабилитации. К настоящему времени разработано большое количество различных сетчатых эндопротезов с антиадгезивным покрытием для выполнения данных операций. Перспективной разработкой являются эндопротезы из гидрофобного полиакрилата, дающие минимальный

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

спаечный процесс в послеоперационном периоде. Цель исследования: изучить результаты лапароскопических ИРОМ с применением эндопротезов из гидрофобного полиакрилата. Материалы и методы: в 2013 – 2014 гг. лапароскопическая пластика передней брюшной стенки с применением эндопротезов из гидрофобного полиакрилата выполнена 21 пациенту. В исследуемой группе мужчин было 6, женщин – 15. Медиана возраста составила 54 года (33 – 73 года), среднее значение ИМТ составило 31,6 (27,0 – 38,4). У 18 пациентов имелась грыжа белой линии живота, у 3 больных послеоперационная вентральная грыжа (2 – после лапароскопической холецистэктомии, 1 – после средне-срединной лапаротомии). В 19 случаях пациенты оперированы в плановом порядке, 2 пациента поступили в стационар в экстренном порядке с клиникой ущемлённой грыжи. У всех пациентов ширина грыжевых ворот была менее 5 см. Операция выполнена из трёх троакарных доступов, расположенных по передней аксиллярной линии. Для пластики был использован эндопротез размером 10 x 15 см. После подготовки эндопротез вводился в брюшную полость через рану 10-мм порта и фиксировался к передней брюшной стенке двумя трансабдоминальными швами и степплером со спиральными фиксаторами. Результаты: средняя продолжительность операции составила 73 минуты (40 – 135 минут), что сопоставимо по длительности с традиционными открытыми вмешательствами. В раннем послеоперационном периоде отмечено 1 осложнение (4,8%) – серома, было выполнено дренирование под УЗ-наведением. Медиана срока пребывания в стационаре составила 7 дней (4 – 8 дней). Отдалённые результаты прослежены в срок 6 – 9 месяцев у 9 пациентов. Рецидива грыж не выявлено. Для исследования качества жизни была использована шкала MOS SF-36. Не выявлено статистически достоверных различий между пациентами исследуемой группы и практически здоровыми людьми как в показателе физического ($53,5 \pm 7,0$ vs $48,4 \pm 10,9$, $p=0,346$), так и психологического ($42,0 \pm 13,0$ vs $56,1 \pm 2,5$, $p=0,148$) здоровья. Выводы: применение эндопротезов из гидрофобного полиакрилата для лапароскопической пластики брюшной стенки по поводу вентральных грыж позволяет добиться минимального количества осложнений в раннем послеоперационном периоде и высоких показателей качества жизни пациентов в отдалённые сроки.

492. Особенности оперативного доступа при лапароскопической аппендэктомии

Хоронько Ю.В.(1), Смирнов Д.А.(2), Помазкова Е.К.(1)

Ростов-на-Дону

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

1) Ростовский ГМУ, 2) Поликлиника №1 ФТС России

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с острым и хроническим аппендицитом путем использования при лапароскопической методике индивидуального оперативного доступа. Материалы и методы. В клинике Ростовского государственного медицинского университета с применением индивидуального лапароскопического доступа нами оперировано 24 больных: из них с острым аппендицитом – 16 больных, с хроническим – 8 больных. Предоперационное обследование больных дополнялось определением типа телосложения согласно методике, описанной в работе: Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека. Под ред. Бекова Д.Б. – Киев: «Здоровья», 1988, С. 68. При долихоморфном типе точку введения 1-го троакара определяют, как точку, находящуюся на 5 см выше пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на линии между верхними передними подвздошными остями на 2 см медиальнее левой верхней передней подвздошной ости, точку введения 3-го троакара – как точку, лежащую на правой передней подмышечной линии на 2 см выше уровня пупка. При мезоморфном типе точку введения 1-го троакара определяют, как точку, находящуюся на 2 см выше пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на пересечении линии, проходящей по наружному краю левой прямой мышцы живота, с линией между верхними передними подвздошными остями, точку введения 3-го троакара – как точку, лежащую на правой передней подмышечной линии на уровне пупка. При брахиморфном типе точку введения 1-го троакара определяют, как точку, находящуюся на 2 см ниже пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на пересечении средней линии и линии между верхними передними подвздошными остями, точку введения 3-го троакара – как точку, лежащую на правой передней подмышечной линии на 2 см ниже пупка. Результаты. Ни в одном случае осложнений интра- и послеоперационных осложнений не было зафиксировано. Ретроспективный анализ 40 историй болезни больных, которым выполнялась лапароскопическая аппендэктомия с оперативным доступом по общепринятой методике, показал, что интраоперационные осложнения были у 15 % больных: из них у 2-х больных – повреждение сосудов брюшной стенки, у 4-х больных – кровотечение из аппендикулярной артерии и ее ветвей. Послеоперационные осложнения в виде инфильтратов брюшной стенки зарегистрированы у 2 больных, что составило 5% от общего числа больных. Выводы. Индивидуальный способ оперативного доступа при лапароскопической аппендэктомии прост в применении и существенно сокращает количество интра- и послеоперационных осложнений. В совокупности это позволяет повысить качество хирургической помощи этой категории больных.

493. Применение видеоторакоскопии в лечение тяжелых травм груди

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Дразнин В.И., Котькин В.А.

Самара, Самарская область

ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №2 имени Н.А. Семашко»

Введение. Применение торакоскопии при ранениях и травмах груди до настоящего времени не нашло широкого распространения. Скоротечность событий, развивающихся при нарушении герметичности плевральной полости, не всегда позволяет подготовить к работе эндовидеохирургическое оборудование и бригаду хирургов. Дополнительно осложняет проведение видеоторакоскопии особенности анестезиологического обеспечения и нестабильность гемодинамики (Бисенков Л.Н., 2010, Сигал Е.И. и соавт., 2012). Цель исследования. – показать эффективность видеоторакоскопии в лечении пострадавших с тяжелой травмой груди, в том числе при политравме. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 312 пострадавших с травмами груди в травмоцентре Самарской городской клинической больницы №2 имени Н.А. Семашко в период с 2011-2014 годы. Повреждения при закрытой травме оценивались по шкале (ISS). Средние значения составили 22-34 балла. Всего выполнено 52 видеоторакоскопии (16,7%). В 29 случаях она выполнена при ранениях (открытых повреждения) и в 23 - при закрытых травмах груди (политравме). В хирургии повреждений груди общепринятым является разделение показаний к торакотомии на неотложные, срочные и отсроченные. Такое деление необходимо использовать и при применении торакоскопического метода. В ситуациях, когда пациенту показана неотложная торакотомия (ранение сердца, профузное внутриплевральное кровотечение, клапанный пневмоторакс) к торакоскопии прибегать не следует. Лишь срочные и отсроченные вмешательства могут выполняться торакоскопическим способом. Вместе с тем, необходимо расширять границы применения видеоторакоскопии, в том числе у гемодинамически нестабильных пострадавших. Следует отметить, что у 26 (50%) пострадавших она выполнялась при нестабильной гемодинамике (уровень систолического АД от 90 до 70 мм ртст). Основное преимущество видеоторакокопии это ее малотравматичность и диагностическая эффективность. Это обстоятельство особенно важно у данной категории пострадавших, в том числе гемодинамически нестабильных. Поскольку расширение объема диагностических и лечебных мероприятий приводит к летальному исходу. С целью корректного сравнительного анализа были сформированы две группы: контрольная и основная. В контрольной использовался рутинный подход к диагностике и лечению (дренирование и торакотомия). В основной применяли видеоторакоскопию. Особое внимание уделяли гемодинамически нестабильным пациентам. Проведение малоинвазивных мероприятий способствовало уменьшению травматичности, повышению качества диагностики и уменьшению летальности. Как показали результаты проведенного исследования,

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

летальность в контрольной группе составила 29,2%. Напротив, в основной она составила 16,7%. Заключение. Основными преимуществами использования торакоскопического метода при повреждениях груди являются: - адекватная и полноценная диагностика повреждений легкого, перикарда и сердца, средостения, верификация источника кровотечения; - объективизация показаний к оперативным вмешательствам на легких и органах грудной полости, которые могут быть произведены как торакоскопически, так и открытым способом; - сокращение показаний к торакотомии как за счет снижения числа так называемых «напрасных» торакотомий, так и за счет выполнения части операций торакоскопическим способом; - улучшение качества санации плевральной полости

494. Применение лапароскопических технологий в лечении инфицированного панкреонекроза.

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р., Сакаев Э.М., Гришина Е.Е., Нурьев А.А.

Уфа

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ
Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии. ГБУЗ РБ
ГКБ №21 г. Уфа

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путем оценки эффективности применения лапароскопических операций и выбора оптимальной лечебной тактики. Материалы методы На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 были проанализированы 990 медицинских карт больных с острым панкреатитом с 2008г. по 2013г. Среди обследованных были 623 (63,1%) мужчины и 367 (36,9%) женщины, возраст больных от 21 года до 87 лет. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 74,9 % пациентов. Абдоминальный болевой синдром отмечен у всех 990 больных (100%), тошнота у 955 больных (97,0%), а у 690 пациентов (70,8%) была рвота. Явления метеоризма выявлены у 295 больных (30,0%). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости при поступлении в приемно-диагностическое отделение было выполнено всем больным, которое проводили от 1 до 8 раз в ходе лечения больных, в среднем 4,8 раза. Компьютерную и магниторезонансную томографию брюшной полости выполняли от 3 до 14 суток от начала заболевания больным с механической желтухой или инфицированным панкреонекрозом с интервалом 7 дней, в

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

среднем 2,8 раза. Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) наблюдали у 100 больных (10,1%). Из этой группы мелкоочаговый панкреонекроз отмечен у 15 (15%) больных. Крупноочаговый панкреонекроз имелся у 29 (29%) больных. Субтотальный или тотальный панкреонекроз выявлен у 56 (56%) больных тяжелым острым панкреатитом. Среди форм панкреонекроза жировой и геморрагический преобладал над смешанным. Диагноз острый панкреатит ставился на основании клинической картины и обязательно подтверждался результатами лабораторной диагностики и данными инструментальных методов исследования. Протокол лечения легкого острого панкреатита включал применение базового комплекса консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта в течение первых суток острым панкреатитом считался тяжелым, пациент подлежал переводу в отделение интенсивной терапии. Больным с тяжелым острым панкреатитом проводили лечение в условиях хирургического реанимационного отделения, которое проходило от 1 до 100 суток. При выборе оперативного пособия всем больным проводили диагностическую лапароскопию, во время которой оценивали состояние желудочно-ободочной связки, корня брыжейки тонкой и поперечно-ободочной кишки, малого сальника с целью исключения отека, геморрагической имбибиции, наличия бляшек стеатонекроза на их поверхности, степень некроза поджелудочной железы (с помощью аппарата Ligasure пересекали lig. gastocolicum), характер выпота брюшной полости (отправляли на биохимический анализ). Хирургическое лечение применяли у 100 (10,0%) пациентов. Широкая лапаротомия использовалась в 67,1% случаев, по сравнению с лапароскопическими технологиями – 32,9%. Лапароскопическое дренирование брюшной полости проведено у 11 (11,0%) больных с жировым панкреонекрозом и ферментативным перитонитом из них 3 пациентам выполнена санационная лапаротомия вследствие прогрессирования панкреонекроза. Лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнено 20 (20,0%) больным с геморрагическим панкреонекрозом и выраженным оментобурситом, серозно-фибринозном перитоните, из них в 4 случаях продолжали хирургическое лечение через минилапаротомный трансректальный доступ выполненный в левом подреберье, вследствие инфицирования парапанкреатической клетчатки и образования секвестров поджелудочной железы. Лапаротомию, оментобурсостомию, марсупилизацию поджелудочной железы, санацию и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинной клетчатки выполнена 69 (69,0%) пациентам с тотальным и субтотальным гнойным панкреонекрозом и забрюшинной флегмоной справа и слева. Оментобурсостому формировали в виде контраптертуры в левом подреберье. У всех больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита наблюдали перитонит, который был различным по характеру содержимого в брюшной полости. Данные представлены. Проводили этапные санации сальниковой сумки в среднем 3,4, программные санационные релапаротомии – 3,0. Между плановыми санациями сальниковой сумки ежедневно 2–3 раза фракционно промывали ее полость через дренажи растворами антисептиков, в единичных случаях поливалентным пибактериофагом. Результаты В наших исследованиях наблюдались следующие осложнения панкреонекроза. Панкреатогенный шок встречался у 15%, летальность

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

достигала 56%. Гнойные осложнения имели место у 35% больных: гнойное некротическое расплавление поджелудочной железы - 84%, гнойно-некротический парапанкреатит - 71%, абсцесс сальниковой сумки - 49%, гнойный разлитой перитонит - 18%, сепсис - 9%. Аррозивные кровотечения наблюдались у 20% больных с панкреонекрозом. Причины смерти больных с острым панкреатитом распределились следующим образом, впервые 3-5 суток - панкреатогенный шок; в сроки 6-30 суток - гнойная интоксикация вследствие парапанкреатита, аррозивные кровотечения; в сроки более 30 суток основная часть больных погибла от полиорганной недостаточности. Применение тактики программированных санаций сальниковой сумки при распространенных гнойных осложнениях. Острог деструктивного панкреатита обусловило снижение частоты релапаротомий «по требованию» более чем в 3 раза, в 2,2 раза уменьшилось число аррозионных кровотечений, в 1,7 раза - число перфораций полых органов. Летальность при поздней госпитализации составляла 2,6%. Послеоперационная летальность 27,2%, при лапароскопических операциях 2,4%, при широких лапаротомиях составила 20,1%. Общая летальность составила 3,1 %. Выводы: Применение лапароскопических методик как ведущего компонента комплексного лечения острого деструктивного панкреатита позволяет достоверно снизить количество гнойных осложнений, за счет оптимизации дифференцированно подхода в хирургической тактике, и эффективного купирования бактериальной контаминации очагов деструкции поджелудочной железы, брюшной полости, уменьшить степень кишечной недостаточности – за счет снижения операционной травмы.

495.ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКОВ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Израилов Р.Е., Васнев О.С., Кошкин М.А., Адрианов А.В., Ищенко О.В., Хисамов А.А., Тютюнник П.С., Поморцев Б.А., Михневич М.В., Пугаев Д.М.

Москва

Московский клинический научно-практический центр

В настоящее время рак кардиоэзофагеального перехода выделяется в отдельную группу от онкологических заболеваний желудка. Это связано с особенностями опухолей данной локализации: определения оптимального объема радикального вмешательства, необходимость выполнения лимфодиссекции в грудной полости, технические трудности на реконструктивном этапе. В работе представлен опыт нашего центра в

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

лечении раков кардиоэзофагеального перехода лапароскопическим доступом. В нашем центре за 2 года прооперировано 13 больных с опухолями данной локализации. Проведен сравнительный анализ с результатами лечения местно-распространенных раков другой локализации. Цель исследования: оценка возможностей выполнения лапароскопических операция у пациентов с раком кардиоэзофагеального перехода. В нашем центре прооперированы 13 больных с местно-распространенными формами кардиоэзофагеального рака. Средний возраст пациентов составил $67,9 \pm 5,9$; прооперированы 9 мужчин и 4 женщины. Индекс массы тела составил $26,3 \pm 3,7$. В своей практике, определяющей в выборе оптимального объема вмешательства, мы используем классификацию по Siewert. В нашем случае были выполнены вмешательства в 1 случае при 1 типе, в 7 случаях при втором типе, и в 5 случаях при 3 типе согласно классификации по Siewert. В 69% случаев была выполнена гастрэктомия, в 23% проксимальная резекция и в 1 случае (8%) операцию Льюис - при 1 типе опухоли. R0 резекция была выполнена во всех случаях (в 1 случае после получения результатов интраоперационного гистологического исследования с положительным краем резекции была выполнена ре-резекция пищевода с достижением отрицательного края); объем лимфодиссекции D2 с дополнительной диссекцией 110,111, 106,108 групп лимфатических узлов. Группу сравнения составили больные с местно-распространенными формами рака желудка, оперированные лапароскопически в нашем центре за 2 года. Общее количество больных 42 (исключая пациентов с кардиоэзофагеальным раком). Средний возраст составил $61,8 \pm 3,7$, мужчин 53,5% женщин 46,5%. Средний индекс массы тела составил $26,5 \pm 1,1$. Была выполнено 27 гастрэктомий (62,8%), в 6 случаях со спленэктомией, в 13 случаях была выполнена дистальная резекция (30,2%), проксимальная резекция в 2 случаях (7%). Длительность операции в 1 группе составила 506 ± 81 минут (включено время интраоперационного ожидания гистологического исследования), конверсия была выполнена в 1 случае (по причине повреждения долевого печеночного протока), продолжительность койко-дня составила 15 ± 4 дня, кровопотеря 203 ± 96 мл. Среди вмешательств, окончившихся лапароскопически, послеоперационные осложнения III и IV группы по Clavien (хирургические) возникли у 3 больных. У 1 пациента развилась ТЭЛА с дыхательной недостаточностью пациент был переведен в ОРИТ, где на фоне проводимой терапии состояние разрешилось и пациент был выписан на 24 день. У 2 пациентов выполнялись плевральные пункции под УЗК. Погиб один пациент, которому была выполнена конверсия, смерть наступила на 21 день от прогрессирования СПОН. В группе больных, оперированных полностью лапароскопически легальности не было. Во 2 группе больных средняя продолжительность операции составила 441 ± 35 мин. Продолжительность койко-дня $17,9 \pm 4,9$. Кровопотеря 161 ± 56 мл. Послеоперационные осложнения возникли преимущественно при выполнении первых 30 вмешательств; III и IV группы по Clavien возникли в 6 случаях (14%) каждой из групп соответственно. 4 пациентов умерло в 1 случае смерть наступила при плановом течении послеоперационного периода от проявлений лекарственной болезни с агранулоцитозом; в 1 случае возникла несостоятельность ДПК с развитием сепсиса и СПОН в последующем и в 1 случае вследствие несостоятельности анастомоза возникло аортальное

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

кровотечение; и в 1 случае от острого инфаркта миокарда. Лапароскопическая хирургия местно-распространенных форм раков кардио-эзофагеального перехода является технически сложным оперативным вмешательством и требует большого опыта и навыков в выполнении лапароскопических вмешательств при раке желудка. При наличии опыта данное вмешательство не увеличивает риски выполнения оперативных вмешательств у данной группы пациентов и может выполняться в высокоспециализированных центрах с большим потоком пациентов.

496. Опыт лапароскопического хирургического лечения параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы

ТИМЕРБУЛАТОВ М.В. (1), СЕНДЕРОВИЧ Е.И. (1), ГАРИФУЛЛИН Б.М. (2), ГРИШИНА Е.Е. (1), ГИМАЕВ Э.Ф. (2), САННИКОВ Е.Н. (2)

Уфа

1. ГБОУ ВПО БГМУ 2. ГБУЗ РБ ГKB №21

Лапароскопическая хирургия параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы насчитывает более чем двадцатилетнюю историю, но некоторые детали оперативного пособия до сих пор остаются предметом обсуждения. Параэзофагеальные грыжи характеризуются значительным количеством осложнений и высокой летальностью. При хирургическом лечении данного вида грыж вызывает особые трудности этап выделения грыжевого мешка из полости заднего средостения, так как одной из стенок мешка, как правило, является проксимальная часть желудка. Важнейшей задачей остается закрытие значительного по размерам грыжевого дефекта, большая часть которого находится кпереди от пищевода. Пластика местными тканями чревата разволокнением ножек диафрагмы и несостоятельностью наложенных швов. В литературе существуют описания многочисленных угрожающих жизни пациентов осложнений при использовании синтетических сетчатых материалов в области пищеводно-желудочного перехода. Среди них: эрозия висцеральных органов, миграция сетки в просвет пищевода, миграция сетки в просвет аорты с развитием кровотечения, псевдоахалазия пищевода и другие. В клинике факультетской хирургии БГМУ на базе 1 хирургического отделения ГБУЗ РБ ГKB №21 в 2012-2014 гг. выполнено 9 лапароскопических операций больным с параэзофагеальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Среди пациентов были 6 женщин и 3 мужчин, средний возраст составил 61 год, вес в среднем 67,5 кг. На этапе

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

предоперационного обследования, на ряду с общепринятыми методами диагностики, зачастую решающую роль играла магнитно-резонансная томография верхнего этажа брюшной полости и диафрагмы, позволяющая с достоверной точностью определить размеры дефекта в диафрагме, размеры грыжевого мешка, содержимое грыжевого мешка, толщину диафрагмальных ножек. Всем больным выполнено оперативное пособие: грыжесечение, задняя или передняя крурорафия, круроэзофагопластика, диафрагмокруропластика. В случаях, когда площадь грыжевого дефекта в диафрагме превышала 4 см², выполнена протезирующая диафрагмокруропластика с перитонезацией сетчатого импланта. Сетка прямоугольной формы укладывалась на сшитые ножки диафрагмы кпереди или кзади от пищевода на некотором расстоянии от последнего. Затем сетчатый протез укрывался фрагментом грыжевого мешка, оставленного на передней стенке пищевода. Сетка вместе с грыжевым мешком фиксированы к диафрагме с помощью эндостеплера. При размерах пищеводного отверстия менее 4 см² - пластика диафрагмы местными тканями. Фундопликация произведена всем пациентам независимо от исходного состояния моторики пищевода, кроме пациентки с толстокишечной параэзофагеальной грыжей. Интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений не было. Среднее время операции составило 110 мин. Среднее время пребывания пациента в стационаре после оперативного лечения - 7 суток. В раннем послеоперационном периоде жалобы на изжогу и дисфагию отсутствовали. На 7 сутки после операции выполнялось контрольное рентгенконтрастное исследование пищеводно-желудочного перехода. В сроки от 3 до 6 месяцев после операции была проведена оценка качества жизни пациентов с помощью специализированного опросника GIQLI. В среднем качество жизни составило 110 баллов, что соответствует индексу качества жизни здорового человека. Лапароскопическое хирургическое лечение параэзофагеальных диафрагмальных грыж является эффективным и безопасным методом лечения, при площади пищеводного отверстия диафрагмы более 4 см² оптимальным методом является укрепление швов между ножками диафрагмы прямоугольным сетчатым имплантом с перитонизацией последнего фрагментом грыжевого мешка.

497. Миниинвазивные операции при заболеваниях пищевода после ранее перенесенных вмешательств на органах брюшной и грудной полостей.

Хатьков И.Е. (1), Израилов Р.Е.(1), Домрачев С.А.(2), Кошкин М.А.(1)

Москва

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1. Московский клинический научно-практический центр 2. Кафедра факультетской хирургии №2 Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной и грудной полости создают определенные трудности при выполнении миниинвазивных операций. Цель: Продемонстрировать возможность выполнения тораколапароскопических операций при раке и доброкачественных стриктурах пищевода после ранее перенесенных вмешательств на органах брюшной и грудной полости. Материалы и методы: Представлен опыт хирургического лечения 7 больных (у 1 рак и у 6 доброкачественные стриктуры пищевода), которым ранее были выполнены следующие операции: лапаротомия, ушивание перфоративной язвы желудка (n-1); лапаротомия, формирование гастростомы по Кадеру (n-1); резекция желудка по Бильрот I и формирование гастростомы лапароскопическим способом (n-1); лапаротомия, холедохотомия, дуоденотомия (n-1); эндоскопическое стентирование при кардиоспазме 4 ст. (n-1); торакофренолапаротомия слева, кардиомиотомия (n-1); лапароскопическая фундопликация (n-1), в последних двух случаях в последующем проводилось стентирование пищевода. Среди больных были 4 мужчин и 3 женщины в возрасте от 27 до 74 лет. Средний возраст больных составил 58,8 лет. Все пациенты оперированы полностью тораколапароскопическим способом: у 4 больных выполнена экстирпация пищевода с пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и у 1 больного пищевода был замещен толстой кишкой. У 5- анастомозы с пищеводом сформированы на шее. У 2 больных выполнены операции типа Льюиса. Во всех случаях безопасное место постановки первого троакара оценивалось на предоперационном этапе с помощью УЗИ или КТ. В 4 случаях первый троакар установлен после создания пневмоперитонеума с помощью иглы Вереща, а в 3 по методике Хасана. Результаты: Средняя продолжительность операции составила $539 \pm 81,9$ мин. Средняя продолжительность торакального этапа – $202,1 \pm 84$ мин, абдоминального – $317,1 \pm 132,01$ мин. Во всех случаях имелся выраженный спаечный процесс в брюшной полости. У 6 пациентов операции выполнены миниинвазивным способом и только у 1 больного, которому сделана пластика пищевода толстой кишкой, потребовалась минилапаротомия для формирования гастроколоанастомоза. Средняя кровопотеря составила 242 мл (от 100 до 400). Перистальтика кишечника отмечалась у всех в первые сутки. Средний койко-день в реанимации составил $3 \pm 1,75$, средний послеоперационный койко день $15 \pm 7,56$. Число осложнений (по классификации Клавьен – Диндо): у 1 больного IIIa степень (пилороспазм), который разрешился консервативно. Выводы. Ранее перенесенные операции на кардии и органах брюшной полости не являются препятствием для выполнения резекции пищевода с одномоментной пластикой, торако- и лапароскопическим способом.

498. Перспективы использования лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики (TAPP) в лечении паховых грыж.

Боур А.В., Таргон Р.И.

г. Кишинев

Государственный Университет Медицины и Фармации «Николае Тестемицану»

В работе представлен опыт применения лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики (TAPP) у 287 пациентов с диагнозом паховая грыжа за период 2008-2014 гг. Цель: оценка результатов использования и определение места лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики в лечении паховых грыж. Материалы и методы: Трансабдоминальная предбрюшинная лапароскопическая герниопластика (TAPP) использована за период 2008-2014 гг. у 287 больных. Гендерная структура: мужчин 267(93%), женщин – 20(7%). Средний возраст пациентов составил 32,77±12,54 лет. Первичная грыжа наблюдалась в 275 случаях, рецидивная паховая грыжа наблюдалась в 12 случаях. Двухсторонняя пластика выполнена у 16 пациентов (%), случаях. Операционное вмешательство выполнялись под общей анестезией в положении Тренделенбурга. Троякары устанавливались в типичных точках: в параумбиликальной области, куда вводился лапароскоп и два рабочих инструмента вводились в правой и левой боковой областях по краю прямой мышцы живота. Выполнялись этапы лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики - вскрытие брюшины, выделение грыжевого мешка, идентификация куперовой связки, мышечных и апоневротических структур передней брюшной стенки, париетализация элементов семенного канатика. Полипропиленовый сетчатый протез размером 12x15 см. устанавливали предбрюшинно без выкраивания окна для элементов семенного канатика у 285 пациентов, с выкраиванием у 2 больных. Фиксация сетчатого эндопротеза с помощью спирального герниостеплера Гера-5мм с титановыми скобками в количестве 3-5шт. проводилась у 60 пациентов, герниостеплера Stapler Endo Universal™ и Stapler Multifire Endo Hernia 0° у 3 пациентов. Фиксация при помощи интракорпорального шва монофиламентной атравматической нитью «Премилен 2-0» с колющей иглой диаметром 26 мм к лонной связке выполнена у 178 пациента. У 46 пациентов у пациентов с расширением внутреннего пахового кольца в пределах до 2 см и без дислокации структур пахового канала сетку дополнительно не фиксировали. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным интракорпоральным двухрядным швом нитью «Викрил 2-0». В 16 случаях выполнялись симультанные операции: в 18 случаях - видеолапароскопическое клипирование вен семенного канатика, в 12 -

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

резекция кисты яичника, в 8 - лапароскопическая аппендектомия и в 9 случаях – лапароскопический адгезиолиз, в 6 случаях – лапароскопическая холецистэктомия. Критерием оценки результатов оперативного вмешательства являлись частота и структура наблюдаемых осложнений и степень выраженности болевого синдрома. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 36 месяцев (диапазон 12-48 месяцев). Средняя продолжительность операции составила $47,8 \pm 25,07$ минут (диапазон 35-180 минут). Интраоперационно были отмечены кровотечения из нижних надчревных сосудов и предпузырного клетчаточного пространства в 3 случаях, все они были устранены из лапароскопического доступа. Средний срок госпитализации составил $2,2 \pm 0,99$ койко-дня. Период временной нетрудоспособности в среднем не превышал 8 дней. Средний уровень болевого синдрома (оценивали по цифровой рейтинговой болевой шкале NRS 11 от 0 до 10) составил $3,12 \pm 1,032$ в 1-й день после операции, с его регрессом до $1,31 \pm 0,89$ на 7-й послеоперационный день. Альгофункциональный индекс PDI в сроке 3 мес. после операции составил $1,72 \pm 2,095$. Из послеоперационных осложнений были отмечены 5 случая образования сером в предбрюшинном пространстве в ложе бывшего грыжевого мешка. Во всех случаях удалось устранить развившееся осложнение при помощи чрескожной пункции под УЗ контролем. Транзиторная дизурия наблюдалась у 3-х больных в связи с вынужденной интраоперационной катетеризацией мочевого пузыря. Персистирующая невралгия полово-бедренного нерва была отмечена в послеоперационном периоде у 2-х пациентов с методикой фиксации сетчатого протеза герниостеплером. После видоизменения техники фиксации с использованием интракорпорального шва случаев персистирующей невралгии не было отмечено. Рецидив возник у одного пациента в сроке 6 мес. после первичной операции, был устранен лапароскопически. Возникновение рецидива было обусловлено недостаточными размерами установленного сетчатого протеза и его миграцией в грыжевой дефект. Данное осложнение отмечено на этапе освоения техники оперативного вмешательства. Выводы: лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP) представляет весомую альтернативу традиционным методам герниопластики. К несомненным достоинствам этого метода следует отнести незначительный болевой синдром, возможность ранней активизации пациента, короткий период нетрудоспособности и низкую частоту раневых осложнений. При наличии достаточного опыта данную методику можно с успехом применять у пациентов с рецидивными, паховоомошочными и бедренными грыжами.

499. КОНВЕРСИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА – КОГДА, КОМУ И КАК?

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Коссович М.А. (1,2)

Москва

1) ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», 2) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ.

Проблема конверсии доступа появилась одновременно с лапароскопической хирургией. Трансформация лапароскопического доступа в традиционный была связана либо с благоразумием хирурга в связи со сложностями, возникшими в ходе операции, либо с необходимостью коррекции каких-либо интраоперационных осложнений. Были выработаны временные критерии определенных этапов оперативных вмешательств, которые должны были служить объективными критериями при определении показаний к конверсии доступа. Тем не менее, вопрос о показаниях, способах и объеме конверсии окончательно не решен до настоящего времени. Более того, появление довольно большого числа хирургов, успешно выполняющих лапароскопические вмешательства разнообразного спектра и различного объема, но плохо знакомых с традиционной хирургической техникой, привело к тому, что вопрос о конверсии лапароскопического доступа в настоящее время стал даже более актуальным, чем на заре лапароскопической хирургии, когда любое отклонение от стандартного хода хирургического вмешательства трактовалось в пользу выполнения конверсии во благо пациента. Так, в последнее время появилось мнение, что в ходе выполнения лапароскопической операции можно и нужно справиться с любой сложной ситуацией, связанной как с топографо-анатомическими особенностями в зоне хирургического вмешательства, так и с возникшими интраоперационными осложнениями без конверсии доступа. Возможно подобная ситуация может быть обоснована при выполнении вмешательств хирургами экспертного уровня, но она не должна приветствоваться у большинства хирургов, выполняющих лапароскопические операции среднего уровня сложности без необходимости наложения интракорпорального шва. Более того, показания к конверсии должны быть связаны не только с опытом оперирующего хирурга, но и с освоенностью конкретного оперативного вмешательства, уровнем оснащения операционной и наличием квалифицированных помощников. В любом случае интересы пациента должны превалировать над желанием хирурга закончить вмешательство именно лапароскопическим способом. Кроме того, довольно важным является вопрос о том, кто принимает решение о конверсии, на каком этапе вмешательства и в какой доступ. По всей видимости, оптимальным алгоритмом действий в настоящее время можно признать следующий вариант. При выполнении лапароскопической операции по методике SILS или технологии NOTES необходимо обеспечить дополнительную троакарную поддержку путем введения одного-двух троакаров, вплоть до перехода в традиционный лапароскопический доступ. Далее целесообразно прибегнуть к мини-лапаротомному доступу, и лишь затем выполнить широкую лапаротомию. Возможно, предложенный алгоритм требует коррекции в зависимости от вида хирургического пособия и уровня квалификации оперирующего хирурга, но то, что

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

проблема конверсии лапароскопического доступа в настоящее время требует определенных решений и дополнений – очевидно.

500. Эндовидеохирургические вмешательства в лечении морбидного ожирения.

Глухов А.А., Новомлинский В.В., Самойлов В.С.

Воронеж

1) ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2) НУЗ "ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД"

В НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» с 2011г. по декабрь 2014 г. выполнено 118 операций при морбидном ожирении. Структура вмешательств распределена следующим образом: выполнено 23 эндоскопических установки баллонов в желудок, 12 пациентам произведено регулируемое бандажирование желудка, в 12 случаях – желудочное шунтирование по Ру или минижелудочное шунтирование, 11 пациентам выполнено билиопанкреатическое шунтирование, 55 - рукавная резекция желудка. Среди пациентов 76% составляли женщины, 24% мужчины. Основная возрастная группа - 30-40 лет. В 2011 году было выполнено 5 вмешательств, в 2012 г. – 20 вмешательств, в 2013 г. – 42 вмешательства по поводу морбидного ожирения, в 2014 г. – 51 операция. Увеличение общего количества оперативных вмешательств происходит, преимущественно, за счет роста выполненных рукавных резекций желудка. Основная часть операций 76% выполнена лапароскопически, оставшиеся – эндоскопическим и открытым доступом. Конверсий не было. Среди значимых ранних осложнений наблюдались следующие: внутрибрюшное кровотечение при продольной резекции желудка, потребовавшее проведения релапароскопии возникло в 5,4% случаев, несостоятельность линии скрепочных швов – 3,6%. В одном случае после лапаротомии при шунтирующей операции возникло нагноение с эвентрацией в гнойную рану. Наблюдались случаи слиппадж-синдрома, эрозии бандажей в просвет желудка, как у собственных, так и оперированных в других клиниках пациентов, обратившихся с данными проблемами. Использовались общепринятые подходы лечения. Летальных исходов не было. Таким образом, наиболее распространенными и часто выполнимыми бариатрическими вмешательствами в настоящее время являются рукавная резекция желудка и лапароскопическое шунтирование желудка. Перспективной операцией с большим потенциалом можно считать минигастрошунтирование. Приоритетным видом доступа является видеолапароскопический.

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895**

501.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Койчуев Р.А., Османов А.О., Меджидов Р.Т., Абдуллаев А.М.

Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Хирургическое лечение гнойно-воспалительных заболеваний печени путем применения малоинвазивных и менее травматичных технологий становится все более актуальной проблемой. Под нашим наблюдением находились 182 больных абсцессами печени различной этиологии. Из них у 27 пациентов применены малоинвазивные транспариетальные вмешательства: под контролем видеолaparоскопии - в 9, и ультрасонографа - 18 случаях. Амебные абсцессы были - у 8 (29,6%), бактериальные - у 7 (25,9%), холангиогенные - 2 (7,4%), нагноившиеся гематомы - 3 (11,1%), нагноившиеся остаточные полости после эхинококкэктомии печени - 7 (25,9%). У всех 27 пациентов выявлены одиночные абсцессы печени. Показания к малоинвазивным вмешательствам выставлялись с учетом топографических особенностей локализации абсцесса, характера гноя, наличия висцеро-париетальных спаек вокруг печени, что значительно облегчает задачу пункционного лечения абсцессов печени под контролем УЗИ. Локализация и расположение абсцесса в ткани печени имеют важное значение при планировании и выборе способа лечения. Выполнимость эндовидеохирургического вмешательства оценивалось до операции на основании ультразвукового исследования у 23(85,1%) больных и компьютерной томографии в 7(25,9%) случаях. У 18(66,6%) пациентов малоинвазивные транспариетальные вмешательства были выполнены под местной анестезией - под контролем ультрасонографа. В 22(81,4%) случаях вмешательства проведены по срочным показаниям в течение первых-вторых суток от момента поступления больных в стационар. У 6(22,2%) пациентов в выполнении лечебной процедуры, из-за их небольших размеров (не более 4 см), возникли проблемы технического характера: в 2(7,4%) случаях, когда производилось пункционное лечение под контролем УЗИ и в 4(14,8%) случаях при выполнении пункции и дренирования под видеолaparоскопическим контролем. В 4(14,8%) случаях после пункции гнойного очага под контролем УЗИ, выполнено дренирование двухпросветным дренажом. При чреспеченочной пункции абсцесса печени под контролем ультрасонографа пункционную иглу вводили в полость образования через ткань печени, рассчитывая отступ на 1,0-1,5 см от края

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

фиброзной капсулы абсцесса. После пункции производили промывание гнойной полости антисептическим раствором озонированного физиологического раствора в концентрации ОЗ 5000 мкг/л; при амёбных абсцессах обработку дополняли использованием раствора метрогила. При эндоскопической операции пункцию абсцесса выполняли с помощью 10-миллиметрового троакара-присоски, исключаящую подтекание содержимого гнойной полости в свободную брюшную полость, для профилактики возможного развития перитонеальных явлений. Все манипуляции по одномоментной пункции, эвакуации содержимого абсцесса, и промывания полости, осуществляли переключением двухходового краника, прикрепленного к пункционной игле. Это позволяло использовать режимы аспирации-ирригации аквапуратора, в том числе при подсасывании к концу иглы стенок или содержимого абсцесса. Кроме того, важным моментом являлась возможность проведения закрытой антисептической обработки полости абсцесса, т.е. сразу после эвакуации ее содержимого до вскрытия фиброзной капсулы. Дренирование абсцессов проводили: одиночными катетерами Huisman калибра 7-8 Fr 6 пациентам; в 3 случаях, когда диаметр гнойника превышал 10 см, использована методика двойного дренирования с проточной санацией полостей с применением катетеров калибра 20-25 Fr. В трех случаях (11,1%) отмечено поступление содержимого полости абсцесса в свободную брюшную полость и у них имели место явления местного перитонита. Возникшие осложнения ликвидированы консервативным путем, проведением массивной антибактериальной терапии. У 1(3,7%) пациента в силу неадекватного дренирования гнойной полости выполнена лапаротомия. Длительность пребывания больных в стационаре при пункционном методе лечения абсцессов печени составила $8,6 \pm 1,2$ к/дня, при дренажном способе лечения - $13,4 \pm 1,4$ к/дня.

502.ЭНДОБИЛИАРНАЯ ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Койчугев Р.А., Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Магомедов М.З.

Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Целью настоящей работы явилось улучшение качества и результатов лечения больных с патологией желчевыводящих путей сопровождающейся механической желтухой и выраженным эндотоксикозом. В настоящее

*ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895*

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

время продолжается поиск безопасных и эффективных способов лечения больных с обтурационной желтухой. Одними из перспективных, считаются малоинвазивные методики, которые проводятся в качестве операций первого этапа и направлены на декомпрессию желчевыводящих путей и уменьшения тяжести эндогенной интоксикации, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. К таким операциям мы относим: чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под контролем эхоскопии; вариант контактной стомы, выполняемой под контролем видеолапароскопа из мини доступа; микрохолангиостомию под рентгенологическим контролем. Приводимые к вниманию оперативные вмешательства использованы нами у 41 пациента с механической желтухой, причиной которой у 13 (31,7%) пациентов явились злокачественные заболевания, не относящиеся к запущенной стадии процесса, а у 28 (68,2%), доброкачественные поражения желчных протоков и поджелудочной железы. Большинство больных (82,9%), поступили в стационар с тяжелой желчной интоксикацией (общий билирубин крови $262,0 \pm 18,6$ мкмоль/л, уровень молекул средней массы $0,61 \pm 0,04$ ед). В пред- и послеоперационном периоде с дезинтоксикационной целью, применялся курс инфузионной терапии, включающий в себя применение озонированного изотонического раствора хлорида натрия, в объеме 200,0 мл, с концентрацией растворенного озона 3000 мкг/л, однократно в сутки. С целью санации внутрипеченочных желчных ходов, мы также применяли интрахоледохеальное капельное введение озонированного хлорида натрия 50,0 мл, в концентрации 950-1000 мкг/л, со скоростью введения 20-40 капль в минуту, через холецистостомический дренаж, ежедневно, в течение 5-7 дней. В результате проведенного лечения, нам удалось добиться улучшения клинического состояния, исчезновения признаков энцефалопатии и печеночной недостаточности, значительного уменьшения эндогенной интоксикации, о чем свидетельствует улучшение лабораторных показателей (снижение общего билирубина в 1,3-2,6; аланиновой трансаминазы в 2,3-3,4; аспарагиновой трансаминазы в 2,3-2,8; щелочной фосфатазы в 1,6-1,9; уровня молекул средней массы в 1,2-1,7 раза). Полученные в итоге проведенного лечения биохимические показатели и клиническое состояние больных свидетельствовали о легкой степени эндогенной интоксикации и возможности осуществления второго этапа радикальной операции. В 7 (17,07%) случаях имелись условия для выполнения радикальной операции, им проведена панкреатодуоденальная резекция, во всех остальных случаях выполнены варианты билиодигестивных анастомозов.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

503. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Койчуев Р.А., Меджидов Р.Т.

Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Общая послеоперационная летальность больных с холедохолитиазом, осложненным гнойным холангитом, составляет 11,5%, тогда как при неосложненных формах желчнокаменной болезни 0,8 - 2,4% (Васютков В.Я., Гвиниашвили Е.Е. и Козлов С.Е. 1999). Частота гнойного холангита за последние 10 - 15 лет составляет 10,4 - 10,5% (Веронский Г.И., Штофин С.У. 1999). Главную роль в развитии холангита оказывает инфекция и поэтому проблема борьбы с инфекцией у больных с острым холангитом продолжает оставаться актуальной. Цель нашего исследования улучшить результаты хирургического лечения больных с острым холангитом, путем применения интраоперационно и в послеоперационном периоде озонированного изотонического раствора хлорида натрия. Обследовано 23 больных с холециститом, осложненным острым холангитом. Возраст больных 30 - 80 лет. Критериями для применения озонированного физиологического раствора являлись: повышение температуры тела, озноб, боли в правом подреберье, желтуха и выявленные во время операции гнойная, замазкообразная желчь, расширение холедоха и желчная гипертензия. Больным в исследуемых группах выполнялась лапароскопическая холецистэктомия, или из мини-доступа с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, через культю пузырного протока, или по Вишневному. Интраоперационно холедох промывают озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 1800-2000 мкг/л. Концентрацию озона в физиологическом растворе определяли спектрофотометрическим методом на «Неселективном фотометре НФ-254/1». Все больные получали антибактериальную (цефалоспорины 3-4 поколений в сочетании с аминогликозидами) и инфузионную терапию. В послеоперационном периоде проводят санацию холедоха озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией 950-1000 мкг/л, ежедневно в течение 3-5 дней. Затем промывают холедох озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией 750-800 мкг/л, в течение последующих 2-5 дней. У всех больных изучались бактериологические показатели желчи после операции. Больным из группы с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, интрахоледохоэально капельно вводили 0,9% раствор натрия хлорида в объеме 100 мл, с растворенным озоном в концентрации 500 мкг/л, со скоростью 50-60 капель в минуту. Курс лечения составлял 5-7 дней, однократно в сутки. Критерием прекращения введения озонированного натрия хлорида явилась нормализация бактериологических показателей желчи. Проведенные исследования показали, что в желчи исследуемой группы больных наблюдался достаточно высокий титр микробных тел. Введение в холедох озонированного 0,9%-ного раствора хлорида натрия, приводит к существенному снижению титра микробных тел в желчи как к

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

1 суткам после начала лечения, так и через 5-7 дней. Сроки пребывания в стационаре больных составили 12-14 дней.

504.Преимущества эндохирургии язвенного колита

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Уфа

Башкирский госмедуниверситет

Актуальность. В последние году отмечается быстрый рост заболеваемости язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода. Цель. Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита. Материалы и методы. В отделении колопроктологии ГКБ №21 выполнено 11 оперативных вмешательств с применением эндоскопической техники. Учитывая тяжесть состояния больных и распространенность процесса 1 первый этап хирургического лечения выполнялся в объеме субтотальной колэктомии с сохранением культи прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки с выведением временной одностольной илеостомы. Во время операции применялись лигирующие устройства Ligasure и Ultracision. После стабилизации состояния, через 1,5-3 месяца выполнялся 2 этап в объеме брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием тонкокишечного J-резервуара с илеоанальным анастомозом под прикрытием превентивной илеостомы. 5 больным 2 этап хирургического лечения выполнен лапароскопически. Результаты. Продолжительность 1 этапа хирургического лечения составила 155±18 минут, 2 этапа 180±20 минут, конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечено два осложнения, все после первого этапа. В одном случае отмечен некроз пряди сальника, что потребовало проведение повторного эндоскопического вмешательства и его удаления. В другом случае развилось нагноение парастомальной раны. Летальных исходов не было. Пациенты, перенесшие эндоскопическое вмешательство, отмечали менее выраженный болевой синдром, быстрее восстанавливались. Заключение. Первый опыт эндоскопических вмешательств показал высокую эффективность и перспективность данного направления в хирургии язвенного колита. сделать!

505.Эндовидеохирургия колостазов

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Уфа

Башкирский госмедуниверситет

Актуальность. Внедрение лапароскопических вмешательств в лечении толстокишечных колостазов значительно улучшило ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данного заболевания. Цель: Определить показания и объем выполнения лапароскопического вмешательства в хирургическом лечении больных с толстокишечным колостазом. Опыт работы основан на хирургическом лечении 79 больных с толстокишечным колостазом находившихся на стационарном лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы ГKB №21. Показания к хирургическому лечению выставляли после проведения тщательного комплексного обследования включающего общеклинические методы исследования, фиброколоноскопию, ирригографию, а также изучение показателей микроциркуляции стенки толстой кишки и электролитный состав крови. При неэффективности проводимого консервативного лечения и наличии у пациента суб- и декомпенсированной формы заболевания выставляли показания к операции. У всех оперированных больных клиника толстокишечного колостазов сопровождалась выраженными изменениями состояния кишечной стенки и рентгенологической картины, заключающейся в значительном увеличении протяженности и диаметра кишки, потере гаустрации и др. Данные изменения были более выражены в левых отделах толстой кишки. Стандартным объемом проводимого хирургического вмешательства считаем выполнение левосторонней гемиколэктомии. Предпочтение отдавали лапароскопическому методу с формированием экстракорпорального анастомоза (47 больных). Выполнение субтотальной колэктомии с формированием илеоректоанастомоза, рекомендуемую некоторыми авторами считаем неоправданной. В то же время объем резекции в пределах патологически удлиненной сигмовидной кишки по нашему мнению является недостаточным и приводит к неудовлетворительным отдаленным результатам. Пациентов перенесших хирургическое вмешательство по лапароскопической методике отличало отсутствие выраженного болевого синдрома и гнойных осложнений, ранняя активизация больного и купирование послеоперационного пареза кишечника. Отдаленные результаты изучены в 58 случаях в сроки до 5 лет.

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

При выполнении лапароскопической левосторонней гемиколэктомии в 91,5% случаев получены отличные и хорошие результаты, тогда как при лапаротомных вмешательствах данные показатели составили только 83%.
Заключение. Показаниями к хирургическому лечению толстокишечных колостазов являются субкомпенсированные и декомпенсированные формы заболевания. Оптимальным объемом резекции толстой кишки является левосторонняя гемиколэктомия, а методом выбора хирургического вмешательства является лапароскопическая методика.

506. Робот-ассистированные оперативные вмешательства при раке прямой кишки (опыт Пироговского центра)

Шевченко Ю.А., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Левчук А.А., Степанюк И.В., Назаров В.А.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова»

Обсуждение роботизированной хирургии в последние годы является одной из ключевых тем мировых конгрессов в области общей хирургии, проктологии, урологии, гинекологии, кардио и грудной хирургии. С 2009 года в клинике начато активное внедрение в практику роботизированного комплекса «Da Vinci». Трехмерное стереоскопическое изображение и прецизионность обеспечивают высочайшую точность хирургических манипуляций с минимальной травматизацией тканей. Кровопотеря при данных оперативных вмешательствах минимальна. Степени свободы инструментов, превышающие таковые у человеческой кисти, в сочетании с минимальными размерами головной части инструментов, дают возможность проведения вмешательств, трудновыполнимых или невыполнимых, как традиционным, так и эндовидеоскопическим способами. Клинико-экономически робот-ассистированные операции сопоставимы с эндовидеохирургическими вмешательствами. Материалы и методы: Одним из приоритетных направлений развития роботизированных технологий в Пироговском центре является колоректальная хирургия. При помощи роботизированного комплекса «Da Vinci» в клинике хирургии НМХЦ им. Н.И. Пирогова выполнено 172 передних резекций прямой кишки по поводу верхне- и среднеампулярного рака, а так же рака ректосигмоидного перехода. Из них – 32 низких передних резекций прямой кишки, без превентивной илеостомы. У 35 пациентов с опухолями нижнего ампулярного отдела прямой кишки выполнена робот-ассистированная экстирпация прямой кишки. Возрастная группа от 40 до 80 лет, из них:

***ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895***

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

111 женщин и 96 мужчин. Использование робототехники позволило достоверно увеличить количество удаленных лимфоузлов, среднее количество которых составило 23, что несомненно улучшило онкологическую эффективность операций. Среднее время оперативного вмешательства составило 180 минут. Увеличение продолжительности операции связано с необходимостью подключения и настройки роботизированного комплекса. Обсуждение результатов: При проведении операций на прямой кишке, мы не имели ни одного случая нарушения функции тазовых органов, так как при выполнении операций на роботической установке «Da Vinci» прецизионность техники и трехмерность изображения позволяет сохранить не только магистральные ветви гипогастрального нерва, но и ветви тазового сплетения, даже при расширении объема диссекции в латеральном направлении. Возможность манипулирования в области ограниченного пространства с высокой точностью, при идеальном визуальном контроле позволяет производить резекции прямой кишки с отрицательным дистальным краем резекции даже при опухолях расположенных на уровне 5см от зубчатой линии. Морфологический циркулярный и дистальный края резекции кишки всегда были отрицательными. При проведении тазомезентериальной эксцизии использование комплекса «Da Vinci» позволило в 100% случаев добиться отрицательного циркулярного края резекции, без нарушения целостности висцерального листка тазовой брюшины. Деликатное выделение зон анастомозирования с использованием робототехники, в сочетании с хорошей предоперационной подготовкой, позволило нам отказаться от наложения превентивных колостом. Случаев несостоятельности аппаратного колоректального анастомоза не отмечено ни у одного из пациентов. Восстановление перистальтики кишечника отмечено на вторые сутки послеоперационного периода. Средний послеоперационный койко-день составил 8 суток, что ниже даже по сравнению с видео-ассистированными операциями. К концу второй недели послеоперационного периода все пациенты достигли статуса активности по ВОЗ – 2. Заключение: Таким образом, общее число передних резекций прямой кишки в последние три года составило 76% от всех операций по поводу рака прямой кишки. Внедрение роботизированных методов выполнения передних резекций прямой кишки при онкопатологии позволило нам существенно увеличить число органосохраняющих оперативных вмешательств. Использование сшивающих аппаратов, лапароскопической и роботизированной техники позволило в большинстве случаев отказаться от формирования превентивных трансверзостом и существенно расширило показания к выполнению низких передних резекций прямой кишки с соблюдением онкологических принципов абластики и хорошим функциональным результатом. Качественная предоперационная диагностика, основанная на результатах трансректальной сонографии, МРТ, СКТ, позволяет довольно точно определить глубину инвазии опухоли, наличие и размеры региональных лимфатических узлов и, на основании этого, выбрать метод хирургического лечения и границы резекции прямой кишки до операции. Внедрение робот-ассистированных методик выполнения передней резекции прямой кишки можно считать перспективным направлением развития колоректальной хирургии, направленным на уменьшение количества брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки и улучшение

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

качества жизни пациентов, в сочетании с достижением максимальной онкологической эффективности.

507. Диагностика и хирургическое лечение ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков

Шевченко Ю.А., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Левчук А.А., Степанюк И.В., Маады А.С., Бруслик С.В., Федотов Д.Ю.

Москва

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

Введение: Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков (ЯПВЖП) возникают обычно в результате операционной травмы, связанной чаще всего с холецистэктомией или другими хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости. Реконструктивные операции при этой патологии отличаются сложностью, а их результаты не всегда удовлетворяют хирургов и пациентов. Материалы и методы: Основу работы составили клинические у 48 пациентов, оперированных в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» в период с 2004 по 2014 год по поводу ЯПВЖП. Средний возраст больных составил 46,8 лет. «Свежие» интраоперационные повреждения магистральных желчных протоков диагностированы у 18 пациентов (0,03% от общего числа операций на желчных путях). Из других лечебных учреждений были доставлены 30 больных, большинству из которых выполнялись повторные оперативные вмешательства с дренированием подпеченочного пространства или проксимального конца поврежденного желчного протока. В диагностике ятрогенных повреждений желчных протоков использовались общеклинические и инструментальные методы исследования: УЗИ, МРТ – холангиография, ЧЧХС, ЭРХПГ, фистулохолангиография, ФГДС. Обсуждение результатов: У 15 пациентов повреждения желчных протоков было обнаружено во время операции и сразу выполнена хирургическая реконструкция. Непосредственная реконструкция у 10 больных включала первичное восстановление непрерывности желчных путей с помощью билио – билиоанастомоза «конец в конец» на Т – образном дренаже Кура, гепатикоюностомию у 3 и холедоходуоденостомию у 2 пациентов. У троих пациентов желчеистечение обнаружено в первые двое суток послеоперационного периода из – за термического повреждения общего желчного протока. При этом удалось выполнить ретроградное эндоскопическое (2) стентирование и ЧЧХС (1) стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами. У 30 пациентов с ятрогенными повреждениями желчных путей поступивших из

**ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)
Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского ISSN 2075-6895**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

других лечебных учреждений в сроки от 10 суток до 2 месяцев было выявлено: механическая желтуха у 15, желчеистечение (по сформированному наружному свищу или установленному ранее дренажу) у 13, холангит в 2 случаях. В большинстве наблюдений (29), после купирования явлений холангита и разрешения механической желтухи, в зависимости от уточненного характера и уровня ятрогенного повреждения желчных протоков, выполняли реконструктивную «V» - образную гепатикоеюностомию на «отключенной» Roux петле. У одного пациента удалось ушить дефект общего желчного протока на дренаже Кера. Среди всех оперированных с рубцовыми стриктурами и повреждениями желчных протоков у 17 использовали различные способы дренирования желчных протоков. В 4 случаях реконструктивную операции. Производили на транспеченочном дренаже по Прадери – Смитсу, в 4 – по Сайпол – Куриану, в 9 – по Фёлкеру. Послеоперационные осложнения возникли у троих больных (2 – пневмония, 1 – нагноение операционной раны). Летальных исходов не было. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 85% оперированных больных. Рецидива желтухи и других осложнений не выявлено. Заключение: Таким образом, при не выявлении ятрогенного повреждения протока в процессе операции оптимальным сроком восстановления или реконструкции следует считать 3 – 5 – е сутки. Операцией выбора при этом является наложение «V» - образной гепатикоеюностомии по Roux. При наличии гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости или желчных протоках, а также сопутствующей механической желтухи, - целесообразно выполнение оперативного вмешательства в два этапа. На первом этапе – использование миниинвазивных методик для создания оттока желчи (эндоскопического назо – билиарного дренирования или внутривенного стентирования, ЧЧХС с рентгеноультразвуковым контролем и наружным дренированием). Реконструктивная операция вторым этапом показана через 1,5 – 2 месяца после купирования воспалительного процесса и желтухи.

508. Сочетанные осложненные формы рака толстой кишки: клиника, диагностика, хирургическая тактика

Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.А., Степанюк И.В., Федотов Д.Ю., Игнатъев Т.И.

Москва

ФГУ « Национальный Медико – Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития Российской Федерации

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

Осложненные формы колоректального рака представляют одну из актуальнейших проблем в неотложной хирургии. Несмотря на внедрение новых диагностических и лечебных технологий в колопроктологии, их частота по – прежнему остается весьма значительной и составляет 32,7% от общего числа онкологических больных за последние 10 лет. Это неблагоприятно сказывается в первую очередь на непосредственные результаты лечения, т.к. частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%. Материалы и методы: В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и хирургического лечения 226 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака при их сочетании, в период с 2008 по 2013 гг. в клиниках «НМХЦ им. Н.И. Пирогова ». Мужчин было 120 (53,1%), женщин – 106 (46,9%) в возрасте от 30 до 89 лет. Результаты: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (n = 97 (42,9%)) являлась самым частым осложнением рака ободочной кишки. В послеоперационном периоде осложнения развились у 13 (13,4%) больных и были представлены: острой сердечной недостаточностью (n = 4), гнойно – септическими осложнениями (n = 6), тромбоэмболией легочной артерии (n=1), пневмонией (n=2), при этом несостоятельности швов илеотрансверзоанастомоза не наблюдали. Умерли после операции 4 (4,1%) пациента, из них 2 от прогрессирующей раковой интоксикации, 1 от ТЭЛА и 1 от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующего перитонита. Параканкротные воспалительные процессы, выходящие за пределы кишечной стенки, составили 22,6% (n=51). Послеоперационные осложнения (нагноения ран, парез кишечника, пневмония) отмечены в 62,5%, в группе пациентов, оперированных в ургентном порядке. Несмотря на значительную местную распространенность опухолевого процесса, метастазы в регионарных лимфатических узлах были обнаружены лишь у 32,6% пациентов. Чаще увеличение регионарных лимфатических узлов носило воспалительный характер, что определяло возможность выполнения радикальной операции. Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли мы наблюдали у 43 (19%) больных. Все пациенты этой группы были оперированы в экстренном порядке. Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений (n = 21(48,8%)), в основном гнойно – септического характера, и летальных исходов (n=8(18,6%)) на фоне прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности. Кишечные кровотечения явились нередким осложнением рака ободочной кишки. Мы наблюдали 35 (15,5%) больных с профузным (n=13(37,1%)) и рецидивирующими (n =22(62,9%)) кровотечениями из опухолей толстой кишки. Послеоперационные осложнения имели место у двух пациентов (1 – инфаркт миокарда, 1 - пневмония), без летальных исходов. Наиболее тяжелую группу пациентов (n=27) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства. У 15 из них отмечено сочетание острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита, у 12 больных острая кишечная непроходимость сочеталась с перфорацией опухоли (8 пациентов), в 4 случаях с образованием «диастатических» дилатационных перфораций стенки кишки. Несмотря на выполнение экстренных оперативных вмешательств,

ТЕЗИСЫ XVIII Съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 17-19 февраля 2015 г.)

Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого ISSN 2075-6895

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.

результаты лечения в этой группе пациентов оказались наименее эффективными: осложнения составили 52,4%, летальность 25,1% на фоне полиорганной недостаточности и прогрессирования перитонита. Вторую наиболее тяжелую группу больных (n=31) составили пациенты, которым потребовалось выполнение расширенных резекций толстой кишки из-за распространения и врастания опухоли в тонкую кишку или наличия синхронных опухолей. В этой группе больных послеоперационные осложнения составили 49,7%, причем в основном за счет тяжелой сопутствующей патологии (сердечно – сосудистая и дыхательная недостаточность), а летальность 9% (у 2 больных – инфаркт миокарда, у 1 больного - ТЭЛА). Применение современных методов обследования, позволяет у большинства больных (91,4%) с осложненными формами рака толстой кишки диагностировать не только локализацию и распространенность опухолевого процесса, и связанные с ним осложнения. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением рака ободочной кишки находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнений, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

Warning: unlink() [[function.unlink](#)]: No such file or directory in **/home/ipm/2012.aversa.ru/docs/texttodoc18.php** on line **145**