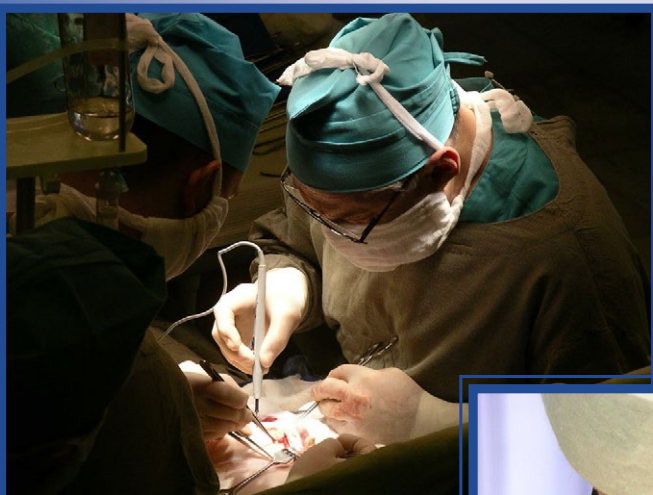


ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В. Вишневского



№1 2019

АЛЬМАНАХ

Института хирургии
имени А.В. Вишневского

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

Т Е З И С Ы

**ОБЩЕРОССИЙСКОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО
ФОРУМА-2019**

совместно с

**XXII СЪЕЗДОМ
ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ РОССИИ
(РОЭХ им. Академика В.Д. Федорова)**

**г. Москва
10-12 апреля 2019 г.**

1. Опыт проведения абдоминальных хирургических вмешательств с применением fast-track/ERAS протокола у больных тяжелой формой гемофилии

*Шутов С.А., Данишян К.И., Коваленко А.В.,
Шутова А.С.*

Москва

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Введение. Поскольку фенотипические проявления тяжелой формы гемофилии варьируют, требуется индивидуальный подход как к выбору оперативного доступа при выполнении хирургического вмешательства, протоколу ведения периоперационного периода, так и к подбору заместительной гемостатической терапии для снижения риска геморрагических и тромботических осложнений. Материалы и методы. Проведено смешанное исследование, основанное на анализе результатов лечения 45 пациентов, страдающих тяжелой формой гемофилии. Дизайн работы определял критерии включения и исключения. Были включены больные тяжелой формой гемофилии А и В, поступившие для оперативного лечения в хирургическое отделение ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России в период 2012-2017гг. Медиана возраста составила 48 лет. Всем больным были выполнены абдоминальные хирургические вмешательства. Периоперационный период у 15 пациентов соответствовал fast-track/ERAS протоколу, за исключением проведения эпидуральной анестезии. Все операции были выполнены эндовидеоскопическим доступом: ЛХЭ - 7, герниопластика - 3, аппендэктомия - 2, диагностическая лапароскопия - 1, спленэктомия - 1, нефрэктомия - 1. Схема заместительной гемостатической терапии этим больным была определена на основании мониторингирования системы гемостаза с помощью интегральных гемостазиологических тестов - тромбодинамики и тромбоэластографии. Группу сравнения составили 30 пациентов. В качестве заместительной гемостатической терапии применялись рекомбинантные концентраты FVIII и FIX. Результаты. В соответствии с fast-track/ERAS протоколом всем 15 пациентам исследуемой группы применялась схема антибиотикопрофилактики, ранней активизации (1 сутки) и энтерального питания (первые 12-24 часов после операции) при адекватной анальгезии,

отсутствие или раннее (1 сутки) удаление дренажей. На основании тромбоэластографии и теста пространственного роста сгустка была определена персональная доза препарата, время первого введения, интервалы между введениями и общая продолжительность терапии. В 10 случаях из 15 протокол заместительной гемостатической терапии не отличался от мирового стандарта. У 5 пациентов (33%) применены оригинальные индивидуальные протоколы, что уменьшило суммарную дозу препарата в 2.1 раза. В результате уменьшена средняя продолжительность пребывания в стационаре в 2.3 раза, экономическая выгода составила 57.4%. Осложнения тромботического и геморрагического характера зафиксированы не были. Выводы. Результаты проведенного исследования доказали возможность эффективного применения fast-track/ERAS протокола у больных с тяжелым нарушением плазменного звена гемостаза, позволили в 33% случаев подобрать оптимальную индивидуальную схему заместительной гемостатической терапии, что привело к снижению риска тромботических осложнений, без увеличения риска геморрагических интра- и послеоперационных осложнений, уменьшению риска появления ингибитора к факторам свертывания, а также снижению экономические затраты.

2. Первый опыт клинического применения криптоплазменной монополярной коагуляции

*Шепель Е.В. (1), Голубев А.А. (1), Артемов В.В. (2),
Ситкин С.И. (1)*

Тверь, 2) Санкт-Петербург

1) ТГМУ, 2) ООО "ЭФА медика"

Актуальность. Не исчерпан потенциал плазменных технологий, в частности, никем не изучалась возможность использования криптона для газоплазменной коагуляции при оперативных вмешательствах. Материал и методы. После успешной апробации разработанного метода КПКМ в эксперименте, были изучены результаты использования этой технологии в клинической

практике в ходе лапароскопической холецистэктомии. 90 пациентов были разделены на три группы в зависимости от способа электрохирургической обработки ложа желчного пузыря: криптоно - и аргоноплазменной монополярной коагуляцией (АПМК): КПКМ – основная – 32 чел., АПМК – сравнения 1 – 31 чел., с газоподачей 4 л/мин, мощностью 50 Вт; монополярной контактной коагуляцией (МКК) шаровидным электродом 5 мм, 50 Вт – сравнения 2 – 27 чел. Оценивались результаты интраоперационной хронометрии, лабораторных анализов, клинических наблюдений, производился статистический анализ. Полученные результаты. Выявлено, что операции в основной группе проходили быстрее со статистически значимой разницей на этапе электрохирургической обработки ложа желчного пузыря с гемостатической целью. Для пациентов группы КПКМ время операции составило $39,60 \pm 0,89$ мин, что на 7,5 % быстрее, чем в группе АПМК ($p > 0,05$), и на 4,4 % быстрее, чем в группе МКК ($p > 0,05$). При анализе средней длительности операций поэтапно статистически значимая разница отмечена только на 3 этапе операции – контроль гемостаза. Для пациентов группы КПКМ время электрохирургической обработки ложа желчного пузыря составила в среднем $3,62 \pm 0,21$ мин, что достоверно быстрее на 73,2 % в сравнении с АПМК ($6,27 \pm 0,40$ мин) и на 41,7 % в сравнении с МКК ($5,13 \pm 0,36$ мин). Кровопотеря в ходе оперативных вмешательств была в основном незначительной, однако максимальных и статистически значимых значений она достигала в группе сравнения 1 (АПМК). Уровень гемоглобина упал на 4,6 % со $125,35 \pm 2,05$ г/л до $119,39 \pm 1,97$ г/л ($p > 0,05$). Для остальных групп снижение уровня гемоглобина составило около 3% ($p > 0,05$). Наименьшее количество отделяемого по дренажным трубкам ($143,75 \pm 11,37$ мл) и наименьшую длительность использования дренажей ($1,31 \pm 0,11$ дней) продемонстрировали пациенты группы КПКМ. В группе АПМК эти параметры составили, соответственно, $169,35 \pm 10,33$ мл отделяемого ($p > 0,05$) и $1,61 \pm 0,10$ дней использования дренажей ($p > 0,05$). В группе МКК: $197,78 \pm 12,17$ мл отделяемого ($p > 0,05$) и $1,63 \pm 0,11$ дней ($p > 0,05$). При сравнительном анализе параметров клинического и биохимического анализов после оперативного вмешательства выявлены наибольшие изменения в группе МКК. Так, увеличение АСТ и АЛТ на 3-и сутки составило 16,5 % от исходных параметров ($p > 0,05$). Прирост палочкоядерных нейтрофилов на 3-и сутки у пациентов после МКК составил 23% от исходных

значений, а прирост ЛИИ и лейкоцитов – 14,5 % и 6,9%, соответственно ($p > 0,05$). В остальных группах эти параметры были достоверно в 1,5-2 раза ниже. Разница по указанным параметрам между пациентами групп КПКМ и АПМК была статистически незначимой. Обсуждение. Таким образом, полученные результаты убедительно доказывают высокую эффективность и безопасность метода КПКМ, а также характеризуют особенности коагуляционного воздействия сравниваемыми методами. Выявленные недостатки в группах сравнения в том числе связаны с необходимостью повторных воздействий на кровоточащее ложе желчного пузыря. Выводы и рекомендации. 1. Клиническое применение КПКМ позволяет уменьшить время достижения гемостаза ложа желчного пузыря в ходе ЛХЭ по сравнению с АПМК и МКК. Динамика изменений АСТ, АЛТ и лейкоцитов в раннем послеоперационном периоде между пациентами групп КПКМ и АПМК не является статистически значимой. Кровопотеря при этом после КПКМ и МКК сопоставима, в то же время, значительно ниже, чем после АПМК. 2. КПКМ рекомендуется к использованию в клинической практике для достижения коагуляционного гемостаза при паренхиматозном кровотечении печени. Проблема достижения гемостаза на других органах и решения иных клинических задач с помощью КПКМ требует дополнительных исследований.

3.К вопросу ускоренной реабилитации больных с симультанной патологией органов брюшной полости

Гербали О.Ю., Костырной А.В., Гуменюк Л.Н.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
(структурное подразделение) ФГАОУ ВО "КФУ
имени В.И. Вернадского"

Актуальность. В настоящее время отмечается увеличение числа больных, имеющих сочетанные хирургические заболевания. Частота патологий, требующих одновременной коррекции

хирургических заболеваний составляет от 4,8 до 30,0%. Одна желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в сочетании с другой патологией составляет от 3,0 до 15,0 % в России. Возможности реабилитации у больных при симультанных заболеваниях органов брюшной полости расширяют применение природных и лечебных физических факторов. Однако, применение программы «fast-track» достаточно неотформатировано в настоящее время. Нет четкой детализации проведения физиотерапии и лечебной физкультуры, направленной на профилактику послеоперационных осложнений. Только один постхолецистэктомический синдром возникает у 5-15 % после холецистэктомии. Материалы и методы. В работе изучены и проанализированы 49 больных с ЖКБ и послеоперационной вентральной грыжей (ПВГ), поступивших в хирургическое отделение «Клинического многопрофильного медицинского центра Святителя Луки» в 2017 году. Из них - 32 (65,3 %) женщины и 17 (34,7 %) мужчин. Средний возраст составил 38,4±7,2. Контрольную группу составили 38 пациентов, реабилитация которых проводилась по традиционному протоколу «fast-track». Всем больным была произведена традиционная 4-портовая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с грыжесечением по поводу вентральной грыжи. ПВГ были малых и средних размеров (от 5 до 10 см) с локализацией вдоль белой линии живота. Традиционную ЛХЭ выполняли с использованием 4 портов, расположенных стандартно (10-миллиметровый порт над пупком, 5-миллиметровый – в эпигастрии, 5-миллиметровый – в правом мезогастрii по среднеключичной линии, 5-миллиметровый троакар – по передней подмышечной линии на уровне пупка). После ЛХЭ производили герниопластику ПВГ. При оперативном лечении ПВГ лапароскопическая герниопластика использовалась у всех пациентов. Все разрезы на передней брюшной стенке ушивали. Всем больным выполнялась на 1-2 день инфракрасная лазеротерапия ежедневно, на протяжении 3 дней: проводили облучение 3-6 полей в области послеоперационной раны, проекции печени и крупных сосудов, сегментарных паравerteбральных зон на уровне ThIX-XII. Мощность излучения 4-7 Вт (для импульсных генераторов), частота 80 Гц по 20-30 с на поле. Кроме того, на 1-2 день назначали минеральные воды (слабо- и среднеминерализованные воды простого или сложного анионного и катионного состава - углекислые гидрокарбонатные (натриевые, кальциево-натриевые, магниевые, кальциевые, магниевые-натриевые), сульфатно-

гидрокарбонатные (натриевые, кальциево-натриевые, магниевые-кальциевые), сульфатные (кальциевые, магниевые-кальциевые и натриевые), хлоридные («Ессентуки № 4», «Ессентуки № 17», «Боржоми», «Арзни», «Джермук», «Смирновская», «Славяновская») по 150-200 мл в теплом виде (температура 42-44 °С) за 60 мин до приема пищи, 3 раза в день, на протяжении 3 дней. На 1-2 день назначали дифференцированную дыхательную гимнастику 1 раз в день, на протяжении 3 дней, в соответствии с вегетативным статусом. Результаты и обсуждение. При наличии у пациентов ваготонии – тонизирующие дыхание; симпатикотонии – седативное дыхание; при наличии у пациентов эйтонии – гармонизирующее дыхание, дыхательные упражнения выполняют из следующих исходных положений: лёжа на спине, на животе, сидя, стоя. Кроме того, в послеоперационном периоде: всем больным выполнялась инфракрасная лазеротерапия ежедневно, на протяжении 11 - 17 дней (по той же схеме). Назначались минеральные воды (по той же схеме): по 150-200 мл в теплом виде (температура 42-44 °С) за 60 мин до приема пищи, 3 раза в день, на протяжении 21-27 дней; назначали дифференцированную дыхательную гимнастику (по той же схеме) на протяжении 20 дней. Через 10-14 дней проводилась дифференцированная физиотерапия в соответствии с вегетативным статусом: при симпатикотонии у больных: низкочастотная магнитотерапия переменным магнитным полем: индуктор располагают контактно. Процедуры проводят на шейно-воротниковую, эпигастральную область, зону спины с использованием одноиндукторной или двухиндукторной методик при следующих параметрах магнитных полей; режим непрерывный, частота 10-50 Гц, индукция 20-25 мТл, продолжительность 10-20 мин, каждый день на протяжении 10-12 дней; симпатикотоническая терапия на область правого подреберья. Электроды площадью 8x10 см располагают на область правого подреберья и сзади на уровне ThV-XI, применяют II PP, частоту модуляций 50 Гц, глубину 50%, продолжительность процедуры 8-12 мин, через день, курс лечения 8-10 процедур; при наличии у пациентов ваготонии: СВЧ – терапия: прямоугольный или цилиндрический излучатель располагают над областью проекции печени с воздушным зазором 1 см или контактно. Интенсивность воздействия — от 10-15 до 25-30 Вт (в зависимости от аппарата). Продолжительность процедур составляет 8-12 мин, ежедневно, на протяжении 8-12 дней; ультрафонофорез с 10% анальгиновой мазью на область правого

подреберья и паравертебрально справа (ThV-XII). Положение больного: сидя. Воздействие начинают через 5 мин после приема 100-150 мл минеральной воды, датчик при этом располагают контактно, с незначительной прессацией над проекцией печени. Методика — лабильная, излучатель перемещается круговыми движениями, параллельно правой реберной дуге со скоростью 1 см/с. Режим непрерывный. Плотность потока мощности 0,4 – 0,7 Вт/см² в секунду, продолжительность процедуры 5-8 мин, ежедневно, на протяжении 10-15 дней; при наличии у пациентов эйтонии: электрофорез магния сульфата 10% на область печени и желчного пузыря. Положение больного - лежа. Один электрод размером 10 x 15 см помещают спереди в проекции печени и желчного пузыря и соединяют его с одной из клемм аппарата, второй электрод такого же размера, соединяемый со второй клеммой аппарата, помещают на спине против первого. Сила тока до 15 мА. Продолжительность процедур 15-20 мин, ежедневно, на протяжении 20 дней; ультрафонофорез с 10% анальгиновой мазью на область правого подреберья и паравертебрально справа (ThV-XII). Положение больного: сидя. Воздействие начинают через 5 мин после приема 100-150 мл минеральной воды, датчик при этом располагают контактно, с незначительной прессацией над проекцией печени. Методика — лабильная, излучатель перемещается круговыми движениями, параллельно правой реберной дуге со скоростью 1 см/с, круговыми движениями. Режим непрерывный. Плотность потока мощности 0,4 – 0,7 Вт/см² в секунду, продолжительность процедуры 5-8 мин, ежедневно, на протяжении 10-15 дней. Через 10-14 дней проводится лечебная физкультура малогрупповым методом по 20-30 мин на протяжении 20 дней. Анализ отдаленных результатов (спустя 6-12 месяцев после операции) показал, что симптомы постхолецистэктомического синдрома наблюдались у 12,3% больных основной группы и 25,8% - контрольной ($p < 0,01$). Анализ данных по опроснику SF-36 показал, что пациенты основной группы имели достоверно лучшие результаты по всем показателям качества жизни, которые не имели статистически значимых отличий от показателей практически здоровых лиц, но достоверно превышали значения контрольной группы ($p < 0,05$ - $p < 0,001$). Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Выводы. 1. В отдаленном послеоперационном периоде симптомов постхолецистэктомического синдрома не регистрировалось. 2. Применение дифференцированной физиотерапии позволяет в большем объеме оказывать целенаправленное и

всестороннее воздействие на течение воспалительного процесса и функциональное состояние органов брюшной полости, что способствует снижению риска возникновения осложнений и более быстрой реабилитации пациентов.

4.Тактика при эндометриозе диафрагмы, осложнённым рецидивирующим катамениальным пневмотораксом

Воскресенский О.В., Тарабрин Е.А., Дамиров М.М.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Лечение рецидивирующего катамениального пневмоторакса, обусловленного эндометриозом диафрагмы, является сложной клинической проблемой. При этой форме экстрагенитального эндометриоза основным путём проникновения воздуха в плевральную полость принято считать трансдиафрагмальный путь. Правое поддиафрагмальное пространство, являясь зоной минимального внутрибрюшного давления, делает правую половину диафрагмы, а именно самую высокую часть сухожильного центра, преимущественной мишенью для фиксации клеток эндометрия и развития эндометриоидных гетеротопий. Циклические гормональные процессы, воздействующие на эктопированные клетки эндометрия, приводят к перфорации сухожильного центра диафрагмы, что объясняет высокую частоту рецидивов пневмоторакса во время менструации. Материал и методы. С апреля 2014 по сентябрь 2018 года в торакальном хирургическом отделении НИИСП им Н.В. Склифосовского были пролечены 66 пациенток со спонтанным пневмотораксом. Рецидивный пневмоторакс был у 26 из них (39,4%): локализованная буллёзная эмфизема лёгких - у 13 (50%); эндометриоз диафрагмы - у 8 (30,8%); первичный спонтанный пневмоторакс – у 3 больных (11,5%); хроническая обструктивная болезнь лёгких – у 2 пациенток (7,7%). Все пациентки с эндометриозом диафрагмы были оперированы. Оперативные вмешательства выполняли из

торакоскопического доступа. Одной больной было выполнено ушивание дефектов диафрагмы без плеврэктомии и без последующей гормональной терапии (рецидив). Семи пациенткам была произведена резекция сухожильного центра диафрагмы и субтотальная плеврэктомия. У 5 из них выполнена пластика диафрагмы синтетическим сетчатым имплантом. Шесть из 7 пациенток получили последующую гормональную терапию. Одна пациентка от проведения гормональной терапии отказалась и, в последующем у неё развился рецидив пневмоторакса. У другой пациентки рецидив пневмоторакса развился после окончания шестимесячного курса терапии агонистами гонадотропин-рилизинг гормона. Эти две пациентки были оперированы повторно через 3 и 12 месяцев: обеим произведена ВТС, плевродез тальком. В дальнейшем пневмоторакс не рецидивировал. Одной пациентке была выполнена перевязка маточных труб, после которой катамениальный пневмоторакс рецидивировал, в связи с чем, пациентке был назначен диеногест 2 мг/сутки с положительным эффектом. Обсуждение результатов. Наилучшие результаты были отмечены у пациенток, после резекции изменённой сухожильной части диафрагмы, пластики синтетической сеткой, плеврэктомией и гормональной терапии. Всего было 3 рецидива. Развитию рецидива способствуют сохранённые перфорации диафрагмы, возникновение новых дефектов и при отсутствии или недостаточной гормональной терапии и неадекватный плевродез. Аппаратная резекция диафрагмы повышает вероятность прекращения поступления воздуха. Дополнение резекции пластикой синтетическим сетчатым имплантом не только укрепляет линию швов, но и индуцирует плевродез, а в сочетании с париетальной плеврэктомией приводит к лучшей облитерации плевральной полости. Гормональная терапия с первого послеоперационного менструального цикла в течение минимум 4 месяцев, направлена на подавление эндометриoidных гетеротопий и на создание благоприятных условий для формирования надёжного спаечного процесса в плевральной полости. Осложнений резекции и пластики диафрагмы синтетическими сетчатыми имплантами не было. При реторакопии в связи с рецидивом катамениального пневмоторакса через 3 месяца у одной пациентки было отмечено прорастание сетки соединительной тканью. Заключение. У пациенток с эндометриозом диафрагмы, осложнённым катамениальным рецидивирующим пневмотораксом плеврэктомия, резекция и

пластика изменённой части диафрагмы синтетическими сетчатыми имплантами, с последующей гормональной терапией показали лучшие результаты на современном этапе изучения этой проблемы.

5. Роль оксидативного статуса пациентов с распространённым перитонитом при выборе варианта плановой санации брюшной полости

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ " Менделеевская ЦРБ"

Несмотря на наличие в арсенале врача современных методов фармакологического и хирургического лечения распространённого перитонита, смертность пациентов остается по-прежнему высокой. Кроме того, на сегодняшний день имеются данные о худшем прогнозе у пациентов, подвергнутых релапаротомии по поводу перитонита. Соответственно, вопрос о предикторах необходимости санации брюшной полости у пациентов с распространённым перитонитом хирургической этиологии является весьма актуальным. Сегодня не вызывает сомнения вклад иммунных реакций и перекисного окисления липидов как универсального патогенетического механизма в развитии как перитонита, так и других иммунновоспалительных заболеваний. Кроме того, немаловажную роль в развитии и поддержании воспалительной реакции играет микроциркуляция в листках брюшной полости, кровенаполнение сосудистой стенки и реологические параметры крови. Сегодня исследователи большую роль уделяют индивидуализированной терапии различных заболеваний, в том числе, перитонита. Цель работы – разработать критерии лапароскопических санаций пациентов с распространённым перитонитом. Методы исследования. В данном аналитическом исследовании обследованы пациенты с распространённым перитонитом на фоне острой хирургической патологии. Пациенты разделены на две группы – опытная, получавшая

лапароскопическую санацию ($n=32$) и стандартного лечения ($n=56$), в которой была выполнена релапаротомия. Средний возраст в первой группе – $36,55 \pm 15,61$ лет, средний возраст во второй группе – $32,17 \pm 12,64$ лет. Обе группы статистически значимо по возрасту не различались. Всем пациентам проведено комплексное клиническое обследование, исследование состояния листков брюшной полости визуальное и лабораторная оценка уровней воспалительных маркеров (С-реактивный белок, фибриноген, прокальцитонин), состояния оксидативного статуса (тиобарбитурат реактивные продукты, ТБРП). Также применен алгоритм диагностики по авторской методике, позволяющий определить возможность эндоскопической санации брюшной полости у пациента на основе комплексного подхода к оценке клинико-лабораторных параметров. Результаты. Исходно пациенты контрольной группы и опытной не различались по параметрам лабораторных исследований и клиники заболевания. Однако, уже в момент оперативного лечения, нами выделена группа лиц с наложениями фибрина более 80% на перитонеальном листке брюшины. На первые сутки после операции пациенты значительно различались по параметрам перекисного окисления липидов и воспалительных маркеров. Анализируя данные картины брюшной полости, клинической картины (температура тела, перистальтика кишечника) и лабораторных параметров (СРБ, ТБРП, прокальцитонин и фибриноген), нами составлена шкала тяжести заболевания и прослежена ее прогностическая значимость проспективно на 89 пациентах двух групп. Таким образом, на основе клинико-лабораторных данных после первичного оперативного и интраоперационного состояния брюшной полости, нам удалось выделить две группы пациентов, в первой группе (основная) мы применяли лапароскопическую санацию брюшной полости после выполненной лапаротомии. Во второй группе (контрольная) – релапаротомию. Результаты исследования ТБРП и маркеров системного воспаления на фоне программных санаций брюшной полости. Общее число санаций брюшной полости в группе контроля составило $3,0 \pm 1,5$, а в группе опытного лечения – $2,0 \pm 0,5$ ($p=0,002$). При этом, в обеих группах нами получено статистически значимое снижение как параметров оксидативного стресса, так и параметров системного воспалительного ответа ($p<0,05$). Вывод. Таким образом, выделение группы пациентов по предложенной нами шкале позволяет в первые сутки после первичного оперативного вмешательства пациентам с

тяжелыми формами распространенного перитонита применить релапаротомию в случае высокого прогностического индекса, либо проводить видеалапароскопический вариант санации брюшной полости.

6.Рутинная диагностическая лапароскопия, как стартовый этап оперативного вмешательства в экстренной хирургии

Мяконький Р.В., Иванченко С.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет, ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3

Актуальность. По данным, представленным Российским обществом хирургов на II съезде хирургов Приволжского федерального округа в Нижнем Новгороде (А.Ш. Ревешвили, А.В. Федоров, В.П. Сажин, В.Е. Оловянный, М.Л. Таривердиев, 2018), суммарные данные по 80 регионам России на 2017 г. демонстрируют следующую ситуацию в отношении острого аппендицита: количество заболевших - 176131 человек, после 24 часов от начала заболевания госпитализировано – 49040 человек, общая летальность – 222 (0,13%), наибольшая летальность при позднем обращении (свыше 24 часов от начала заболевания) – 178 (0,36%), оперативная активность – 174459 (99,1%), послеоперационная летальность – 210 (0,12%). Не теряет актуальности положение, выдвинутое А.Н. Бакулевым, которое должно стать трендом современной диагностики острого аппендицита: «...при отсутствии сомнений нужно оперировать, при сомнении в диагнозе – наблюдать». Однако, большинство хирургов, особенно начинающих, руководствуются алгоритмом В.М. Минца: «операция должна быть продиктована намеками, а не вполне развившимися клиническими симптомами». Классическая открытая аппендэктомия – операция профессионального старта, именно с этого вмешательства начинается каждый хирург. Отработанная техника данного оперативного вмешательства, частая встречаемость

острого аппендицита, все это соблазняет хирурга к выполнению аппендэктомии при малейших подозрениях на острый аппендицит. Считать подобный подход оправданным, ни с физиологической (органосохраняющей), ни с медико-экономической точки зрения, не представляется возможным. К тому же, хирургу, не следует забывать о том, что в клинической практике продолжает оставаться место для казуистических случаев (В.И. Бессарабов, 2018). Материал и методы. Представляем казуистический случай из собственной клинической практики, в котором оперирующему хирургу пришлось столкнуться с сочетанием перекрута большого сальника и острого флегмонозного аппендицита, который по счастливому стечению обстоятельств не привел к врачебной ошибке, развитию осложнений и неблагоприятного исхода. Пациент К., 53 г., поступил в срочном порядке в хирургическое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 3, через 10 часов от начала заболевания, был доставлен каретой скорой медицинской помощи с диагнозом: Острый аппендицит. При поступлении пациент предъявлял жалобы на умеренную боль в околопупочной и в правой подвздошной области, сухость во рту. Со слов пациента боль в животе появилась после физической нагрузки (находился на свадьбе, участвовал в конкурсах, танцевал). Когда возникла боль в животе, самостоятельно принимал но-шпу – без эффекта. Анамнез жизни без особенностей: туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию отрицал. Наследственность не отягощена, вредные привычки – курение, эпизодический прием алкоголя, травм, гемотрансфузий и операций не было. Лекарственная непереносимость не выявлена. При первичном объективном обследовании состояние расценено как относительно удовлетворительное. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Обращает на себя внимание, что при пальпации живота, вне зависимости от его отделов, пациент произвольно напрягает мышцы передней брюшной стенки, как бы препятствуя глубокой пальпации. Отмечены положительные аппендикулярные симптомы: Менделя-Раздольского, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Черемского-Кушнirenко, Мяконького, Краюшкина. В остальном по системам и органам – без особенностей. На основании жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Острый аппендицит. В экстренном порядке пациент взят в операционную. Из протокола

операции: «...под спинномозговой анестезией косопеременным разрезом Волковича-Дьяконова длиной 8,0 см вскрыта брюшная полость. Выделилось до 50,0 мл алой крови. В связи с указанной интраоперационной находкой выполнена средне-срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлен перекрут пряди большого сальника на 360 градусов вокруг своей оси с подкраиванием пульсирующей струйкой. Ниже места перекрута на сальник наложен зажим, произведена резекция сальника. Гемостаз – сухо. При ревизии желудка, кишечника, печени, селезенки ad osculus патологии не выявлено. При ревизии купола слепой кишки и червеобразного отростка, последний багрового цвета, напряжен, сероза с инъецированными сосудами, по ходу аппендикса определяется его булавовидное расширение в дистальной части. Брыжейка отростка из-за ее отека порционно взята на зажимы, отсечена, прошита, перевязана. Выполнена классическая антеградная аппендэктомия с обработкой культи погружным способом. Контроль на гемостаз – сухо. Малый таз (Дугласово пространство) дренирован полихлорвиниловой трубкой. Послойное ушивание лапаротомной раны и раны правой подвздошной области. Швы на кожу. Асептическая повязка». Макропрепараты: - прядь сальника 30,0 x 20,0 см бурого цвета с гематомой и начинающимся некрозом; - червеобразный отросток слепой кишки 7,0 x 0,5 см булавовидной формы в дистальной части, багрового цвета, напряжен, сероза с инъецированными сосудами, на разрезе слизистая утолщена с участками кровоизлияниями, в просвете каловый камень 0,3 x 0,2 см. Диагноз после операции: Перекрут пряди большого сальника. Гемоперитонеум. Вторичный аппендицит. Результат патолого-гистологического исследования от 17.08.2018г.: - препарат № 1: жировая ткань багрового цвета – жировая ткань с отеком, полнокровием сосудов и кровоизлияниями; - препарат № 2: червеобразный отросток слепой кишки – флегмонозный аппендицит. Послеоперационный период протекал гладко, пациент получал: кеторол 1,0 мл - 2 р/с, в/м; цефтриаксон 1000 мг - 2 р/с, в/м. Перевязки через день. Швы сняты на 7-е сутки. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Пациент выписан на 7-й день госпитализации с выздоровлением. Полученные результаты и обсуждение. Приведенный клинический случай демонстрирует то, что отказ о диагностической лапароскопии, как окончательного этапа процесса диагностики в ургентной хирургии, и как первого

этапа оперативного вмешательства приводит к увеличению объема операции и может стать причиной непреднамеренной ятрогении и совершения врачебной ошибки в нетипичных, казуистических случаях. Данное обстоятельство приобретает особую актуальность в настоящее время, когда преследование врачей, в том числе, уголовное, является трендом российского общества. Говоря о начинающих хирургах, нужно отметить, что на сегодняшний день, существует социально-профессиональный парадокс, заключающийся в том, что приступая к самостоятельной профессиональной деятельности, начинающий хирург несет за свои действия всю полноту юридической ответственности наравне с опытными коллегами. Фемида не учитывает существующий феномен гипоскиллии, как следствие затянувшегося реформирования отечественного медицинского образования, в том числе, в части подготовки хирургов. Выводы. Диагностическая лапароскопия, как этап окончательной диагностики острой хирургической патологии должна рассматриваться в качестве золотого стандарта и официально войти в регламентирующие документы: стандарты оказания медицинской помощи и национальные клинические рекомендации. Отсутствие острой хирургической патологии, установленное при диагностической лапароскопии, позволяет ей же закончить объем вмешательства, что дает возможность сократить занятость хирургической койки, длительность госпитализации и нетрудоспособности пациента, а при острой хирургической патологии – выполнить малоинвазивное вмешательство или произвести конверсию. Рекомендации. При подготовке порядков и стандартов оказания медицинской помощи по профилю «хирургия», необходимо предусматривать оснащение хирургической службы, позволяющее рутинно выполнять диагностическую лапароскопию, как метод окончательной диагностики в ургентной хирургии. При обучении студентов медицинских вузов, ординаторов и курсантов хирургического профиля, а также при формировании обучающих программ в рамках проекта непрерывного медицинского образования следует учитывать возможности применения диагностической лапароскопии, техническое выполнение которой доступно и начинающими хирургами.

7. Вариант видеоассистированной пупочной SAEL-герниорафии в хирургии детского возраста

Мяконький Р.В., Иванченко С.В., Иванченко А.Ю.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет, ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3

Пупочная грыжа, появившаяся у младенца, зачастую самоустраняется в течение первых 3 лет жизни, чаще всего, это происходит в первые полгода, за счет роста и укрепления мышц брюшной стенки. Пупочная и паховая грыжа у детей всегда носит врожденный характер и имеет высокий риск ущемления, являясь наиболее распространенным хирургическим заболеванием в детской популяции. И если раньше трендом являлась выжидательная тактика с применением консервативных методов лечения пупочной грыжи ("лейкопластырная пластика"), то, в настоящее время, мировая практика, учитывая вероятность развития осложнений грыженосительства в детском возрасте, в лице европейских и американских стандартов, рекомендует выполнять оперативное лечение в ближайшее время после выявления грыжи у ребенка. В связи с этим, грыжесечение является наиболее часто производимой операцией в детских хирургических стационарах. До недавнего времени, в детской хирургии, при пупочной грыже, главным образом, использовались методики открытого грыжесечения и пластики местными тканями, такие как Лексера, Шпица, Сапежко, Вредена и др. Использование пластик местными тканями у данной категории пациентов продиктовано запретом использования сетчатых эндопротезов на растущих тканях передней брюшной стенки. С приходом лапароскопических технологий появилась возможность минимизировать операционную травму с одновременным достижением максимального косметического эффекта и ранней реабилитации пациентов различных возрастных групп. Современные стандарты выполнения операций в детской хирургии позволяют большинство вмешательств произвести с использованием лапароскопической и другой малоинвазивной техники. На сегодняшний день, в детской

герниологии широко применяются лапароскопические методики, в том числе и симультанные (одновременная герниорафия при паховой и пупочной грыжах). В числе наиболее растиражированных методик в практике детских хирургов находятся следующие, герниорафия-PIRS (от англ. percutaneous internal ring suturing - чрескожное ушивание внутреннего пахового кольца), герниорафия-SAEL (от англ. subcutaneous endoscopically assisted ligation - подкожное эндоскопически ассистированное лигирование). В современных условиях, когда технический прогресс в части материального оснащения практического здравоохранения и широкого внедрения малоинвазивных технологий радикального лечения ряда хирургических заболеваний достиг невиданных ранее масштабов, безопасное оперирование пациентов, ложится в основу качества оказания медицинской помощи. Ключевыми требованиями к любому оперативному вмешательству являются его надежность, легкая воспроизводимость, возможность тиражирования и низкая стоимость. В настоящее время весьма востребованы эффективные методики оперативного лечения, которые могут быть выполнены даже начинающими хирургами, в указанном аспекте не является исключением и детская герниологии. Предлагаемый способ пупочной герниорафии разработан и внедрен в повседневную хирургическую практику на базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3» г. Волгограда, и применительно к взрослой герниологии назван методом лапароскопической пупочной герниорафии. Учитывая запросы детской хирургии, в вопросе герниорафии при пупочной грыже, нами предложена модификация лапароскопической герниорафии для пациентов детского возраста. Предлагаемый метод соответствует принципам набирающей популярность в России, в том числе, и в детской хирургии, концепции fast track хирургии. В связи с тем, что предлагаемый метод SAEL-герниорафии (от англ. sael – пломбировать, запечатывать) разработан в 2018 году и является новым, необходимо подробно описать оснащение и технологию лигирования грыжевого мешка. Оснащение: стандартная лапароскопическая стойка, инструменты: троакар диаметром 5 мм – 1 шт., лапароскоп с косой оптикой – 1 шт., зажим Холстеда (типа «Москит») – 1 шт., иглодержатель Гегара – 1 шт., хирургическая режущая атрауматическая игла с нерассасывающуюся нитью 3/0 или обычная лыжеобразная хирургическая игла

и лигатуры из бионедegrадируемого материала 3/0. Расположение операционной бригады (в авторской версии): слева от пациента оператор и ассистент, на противоположной стороне справа - операционная медицинская сестра. Используется общая анестезия газовым анестетиком (например, сероран) с канюляцией трахеи и нейроаксиальной блокадой. Пациент располагается на операционном столе, лежа на спине с опущенным головным концом на 15 градусов, в положении Тренделенбурга. С помощью иглы Вереша 14 G, введенной в стандартной точке выше или ниже пупочного кольца (зависит от грыжи) накладывается карбоксиперитонеум со следующими параметрами: поток 2 л/мин, давление 8 мм.рт.ст. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез (прокол) кожи длиной 5 мм, через него в брюшную полость вводится троакар 5 мм и лапароскоп. По общим правилам производится инспекция брюшной полости, в частности, осматриваются внутренние паховые кольца и пупочная область. При выявлении расширения пахового кольца с одной или двух сторон производится симультанное вмешательство в объеме паховой и пупочной герниорафии. Грыжевой мешок в области пупка сохраняется интактным. Определив края грыжевых ворот пупочной грыжи, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон на глубину кожи производится несколько насечек 2-3 мм (на толщина (диаметр) иглы), как правило, их количество составляет от 2 до 6. Под контролем зрения с помощью атрауматической или обычной иглы и иглодержателя Гегара производится наложение вертикальных П-образных швов (петля нити захватывает всю толщу передней брюшной стенки), при этом игла должна выйти через насечку с противоположной стороны от пупка. Узел формируется экстракорпорально. Таким образом, устраняются грыжевые ворота и гофрируется грыжевой мешок. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Холстеда. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняется грыжа и несколько гофрируется пупок. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот и положения грыжевого мешка со стороны брюшной полости. Выполняется завершающая ревизия брюшной полости, извлечение лапароскопа, удаление углекислого газа, извлечение троакара, ушивание троакарной раны, наложение асептических повязок. Предлагаемая видеоассистированная пупочная SAEL-герниорафия

может быть использована как простой, экономически выгодный и легко воспроизводимый способ оперативного пособия в детской герниологии. Метод может рассматриваться как стационар-сберегающая технология в рамках концепции fast track. Ближайшие результаты приведенной методики представляются весьма обнадеживающими и перспективными для использования. Дальнейшая судьба методики зависит от накопления и анализа отдаленных результатов в формате многоцентровых исследований и отзывов, не только детских хирургов, но и общих хирургов, занятых в оказании хирургической помощи детскому населению. Существует твердая убежденность в том, что необходимо способствовать широкому внедрению предложенной SAEL-герниорафии в повседневную хирургическую практику, как специализированных герниологических центров, так и общехирургических детских стационаров. В связи с простотой выполнения, методика оправдана при симультанных оперативных вмешательствах, когда у пациента «попутно» выполняется ликвидация пупочной грыжи не только в абдоминальной хирургии, но и в гинекологии и урологии.

8. Наш опыт лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы в многопрофильном хирургическом Центре Республики Саха (Якутия)

Савельев В.В., Винокуров М.М., Парфенова А.Н.

Якутск

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»

Актуальность. Операции по поводу перфорации гастродуоденальных язв и в настоящее время остаются одними из наиболее частых экстренных операций проводимых на желудке и двенадцатиперстной кишке. Несмотря на достижения современной хирургии, а также противоязвенной терапии, количество послеоперационных осложнений и смертность от

заболевания остается достаточно высокими. Материал и методы. Представленная работа основана на ретроспективном анализе результатов комплексного лечения 63 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, находившихся на лечении в экстренном хирургическом отделении Республиканской больницы №2 ? Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2018 гг. Средний возраст пациентов составил $35,2 \pm 5,5$ лет, при этом мужчин было ? 39 (61,9%), женщин ? 24 (38,1%). Диагноз, перфоративная гастродуоденальная язва, верифицирован на основании многоуровневого обследования. Все операции выполнялись с использованием эндоскопической системы Endovision® DCI® с системой авторотации (ARS) – цифровая одиночная камера, цветовые системы PAL, NTSC с встроенным цифровым модулем обработки изображений. Набором лапароскопов DCI® HOPKINS® II (крупноформатная оптика – 10 мм), троакаров, щипцов, ножниц, диссекторов, экстракторов Karl Storz Click?Line® под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Противопоказаниями к выполнению традиционного лапароскопического ушивания (ЛУ) перфоративной гастродуоденальной язвы мы считали: время от момента перфорации более четырех часов, труднодоступная локализация язвы, большой диаметр прободного отверстия, подозрение на малигнизацию язвы, каллезная язва, перифокальное воспаление стенки кишки более 10 мм, гнойный диффузный или распространенный перитонит, сепсис, наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума. Полученные результаты. Перфорация язвы желудка при проведении лапароскопической операции выявлена нами у 7 (11,1%) и двенадцатиперстной кишки у 56 (88,9%) пациентов. Во время выполнения лапароскопической операции в 39,7% случаев был выявлен местный серозно-фибринозный перитонит, в 60,3% ? диффузный. Диаметр перфоративного отверстия, при проведении ЛУ, составил $5,0 \pm 1,4$ мм. Средняя длительность операции ? $98,5 \pm 24,8$ минут. В группе пациентов перенесших ЛУ перфоративной язвы, конверсия была выполнена в 12,7% случаев. Несостоятельность швов ушитой перфорации выявлена у 2 (3,2%) пациентов. Летальных исходов не было. Обсуждение. Как и многие другие исследователи, мы считаем, что количество urgentных операций выполняемых лапароскопическим способом в нашей стране неуклонно растет. Проведенные исследования

указывают, что с развитием малоинвазивной хирургии, а также анестезиологии и реаниматологии, стало возможным нивелировать многие противопоказания к выполнению ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы. По нашему мнению и мнению все тех же исследователей, применение современных препаратов и схем противоязвенной терапии, эффективно устраняющих кислотно-пептический фактор, оказывающих цитопротективное воздействие на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки, позволяет считать ЛУ перфоративной язвы операцией выбора. Выводы. С широким внедрением в клиническую практику малоинвазивных технологий, наряду с выполнением таких операций как: лапароскопическая аппендэктомия, герниопластика и многих других, все более прочно входит операция ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы. Прежде всего, этому способствуют положительные результаты лечения: сокращение послеоперационных осложнений и сроков пребывания в хирургическом стационаре, уменьшение периода реабилитации и более раннее восстановление трудоспособности. Повсеместное внедрение в практику urgentных хирургических клиник ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы следует считать приоритетным направлением современной технологичной медицинской помощи. Рекомендации. Полученные нами данные позволяют рассматривать ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы операцией выбора, при этом особое внимание должно быть уделено теоретической и практической подготовки хирургов, а также созданию единых тактических подходов и решений в различных клинических ситуациях.

9.Лапароскопический серкляж: региональный опыт

Голубенко А.Е., Кирсанова В.А.

Орел

БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный медицинский центр помощи матерям и детям им. З.И. Круглой», отделение гинекологии и репродуктивных технологий Перинатального центра

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОБЛЕМЫ Истмико-цервикальная недостаточность – состояние, которое способствует как преждевременным родам, так и потере плода во втором триместре беременности. К традиционным методам коррекции данного состояния относятся: наложение цервикального серкляжа, введение акушерского пессария, интравагинальное использование препаратов прогестерона. К сожалению, все эти методы неэффективны в случае анатомических дефектов шейки матки. Методика трансабдоминального серкляжа позволяет наложить шов выше, на уровне внутреннего зева (Carter, 2005). Эта операция применяется у пациенток, у которых предыдущие профилактические методы для предотвращения преждевременных родов оказались неудачными (Reid, 2008).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ Изучить возможность выполнения операции лапароскопического серкляжа в условиях регионального перинатального центра, оценить возможные риски и осложнения.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Операция лапароскопического серкляжа была выполнена на стандартном эндоскопическом оборудовании с использованием лапароскопического инструментария для оперативных вмешательств в гинекологии. Доступ в брюшную полость осуществлялся по общепринятой методике, использовались один центральный 10 мм троакар и два боковых троакара для введения инструментов. Во всех случаях проводилась катетеризация мочевого пузыря катетером Фоллея. Для облегчения ротации матки, в полость матки вводился маточный манипулятор с атравматичной насадкой. В качестве серкляжа была использована мерсиленовая лента шириной 5 мм, с 2-мя прямыми иглами. Узел ленты в 6-ти случаях был расположен спереди от матки, в одном случае – позади матки. Во всех случаях сформировано 6 интракорпоральных узлов. К основным техническим аспектам

лапароскопического серкляжа следует отнести: широкое вскрытие пузырно-маточной складки с мобилизацией мочевого пузыря и идентификацией шеечно-пузырной фасции, вскрытие задних листков широких маточных связок на уровне 1,5 см выше и 1 см латеральнее крестцово-маточных связок, бережную диссекцию маточных сосудов с обеих сторон, проведение ленты «спереди-назад» и «сзади-наперед». В 6-ти случаях операция была выполнена в условиях комбинированного эндотрахеального наркоза, в одном – использована спинно-эпидуральная анестезия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ За период с октября 2017 по июль 2018 нами выполнены 7 операций лапароскопического серкляжа на этапе предгравидарной подготовки. Показаниями к операции явились анатомическая несостоятельность шейки матки (перенесенное оперативное лечение по поводу тяжелой дисплазии и преинвазивного рака шейки матки), а также наличие в анамнезе привычной потери беременности и преждевременные роды, с неэффективным использованием традиционных методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности (трансвагинальный серкляж, акушерский пессарий, препараты прогестерона). В случае анатомической несостоятельности шейки матки показанием к операции являлось укорочение шейки матки, по данным ультразвуковой цервикометрии, менее 25 мм, вне беременности; а также наличие в анамнезе самопроизвольного прерывания беременности во 2 триместре. Средняя продолжительность операции составила 82,6 мин. Продолжительность операции не зависела от метода проводимой анестезии. Средняя кровопотеря составила 53,4 мл. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. В настоящее время 2 пациентки вынашивают беременность, срок гестации – 20 и 33 недели. Беременности протекают без акушерских осложнений.

ВЫВОДЫ Лапароскопический серкляж – является эффективной операцией по коррекции привычной потери беременности. Выполнение данной операции возможно в условиях регионального перинатального центра, так как техническое обеспечение такого вмешательства включает в себя стандартный набор оборудования для эндоскопических операций в гинекологии, которым оснащены все перинатальные центры в РФ. Преконцепционное выполнение лапароскопического серкляжа является безопасной и эффективной методикой коррекции привычной потери беременности во втором триместре, и, преждевременных родов. Необходимы

дальнейшие исследования в изучении лапароскопического серкляжа с целью определения четких показаний к данному виду вмешательства, выработки стандартизированной хирургической техники, эффективности и исходов этой операции.

10. Результаты 20 летнего опыта эндохирургического лечения пациентов с ахалазией кардии.

*Бакиров М.Р (1), Бурмистров М.В (2),
Шарапов Т.Л (1), Сигал Е.И (1)*

Казань

- 1) Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ
- 2) Республиканская клиническая больница МЗ РТ

Материалы и методы: В период с 1996 по 2017 год на базе отделения хирургии пищевода и желудка РКОД МЗ РТ находилось на лечении 272 пациента с диагнозом АК. Из них мужчин 133, женщин 109, возраст от 18 до 80 лет. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией по Дору с элементами эзофагофундорафии Лорты-Жакоба. Для контроля целостности слизистой оболочки пищевода вовремя кардиомиотомии, использовался трансиллюминационный тензометрический зонд.

Результаты: Из общего числа прооперированных пациентов, отличный результат был достигнут у 249 пациентов (91,3%). У 28 пациентов (8,7%) были выявлены рецидивы 1,2,3 типа согласно классификации А.Л Гребенева – В.Х Василенко. Рецидив 1го типа диагностирован у 5 пациентов. Из них 2 выполнена релапароскопия, ремиотомия. 3 пациентам эндоскопическое введение ботулинического токсина А. Рецидив 2го типа диагностирован у 10 пациентов. В связи с этим 9 пациентам выполнена кардиодилатация. 1 пациенту выполнена экстирпация пищевода с пластикой в следствии развития не бужуриемого стеноза н/3 пищевода более 6см. Рецидив 3го типа

выявлен у 8 пациентов. Всем была выполнена экстирпация пищевода с пластикой ЭГА на шее. Виды доступа для каждого пациента выбирались индивидуально. Выводы 1) Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией по Дору с элементами эзофагофундорафии Лорты-Жакоба является операцией выбора для пациентов с АК 2) Тактика лечения послеоперационных рецидивов у пациентов с ахалазией кардии, в каждом случае определяется индивидуально

11. Анализ и результаты реконструктивных операций после хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Федоров В.И. (1), Бурмистров М.В. (2),
Сигал Е.И. (1), Шарапов Т.Л. (1), Иванов А.И. (1).

Казань

- 1) ГАУЗ "РКОД МЗ РТ"
- 2) ГАУЗ "РКБ МЗ РТ"

В 1996-2017 гг. в онкологическом отделении №2 (отделение хирургии пищевода) Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ находилось на лечении 1208 больных с диагнозом ГПОД Мужчин - 698 (57,7%), женщин - 510 (42,3%). В возрасте от 15 лет до 78 лет. Были выполнены следующие виды ЛФ: Ниссена-Розетти 907 (75%), Ниссена 289 (24%), Тупе 6 (0,5%); Дора 6 (0,5%). 66 (5,5%) пациентам выполнены повторные операции. Показаниями явились: внутрибрюшное кровотечение 3 (0,24%), стойкая дисфагия 1 (0,1%), недиагностируемая перфорация желудка 2 (0,15%), герниопластика троакарной грыжи 1 (0,1%), рецидив гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) 47 (4%), вторичная параэзофагеальная ГПОД 2 (0,15%), рецидив параэзофагеальной ГПОД 2 (0,15%), миграция манжеты 8 (0,7) Результаты. Рецидив ГЭР и ГПОД явился основным показанием для выполнения по-вторной, в частности реконструктивной операции. Данная патология диагностирована у 100(8,3%) пациента, 60 (5%) больных согласились на повторную операцию. В

раннем послеоперационном периоде рецидив ГЭР диагностирован у 13 пациентов, в позднем послеоперационном периоде у 87 больных из 1208 больных. Всего 60 больным выполнены реконструктивные операции. 11 из них перенесли два оперативных вмешательства, а 1 больной три повторные операции. Из 60 оперированных пациентов, у 42(70%) больных первые реконструктивные операции выполнены успешно, а у 18(30%) диагностирован рецидив заболевания, 7 из них отказались от второй реконструкции, а 11 согласились на операцию. Из 11 повторно прооперированных пациентов у 5(45%) рецидив ГПОД не выявлен, у 6(55%) снова возобновились прежние жалобы, 5 из них отказались от операции, а 1 больной согласился на третью реконструктивную операцию, результат оказался неудовлетворительным. 54 (90%) пациентам операции выполнены лапароскопическим доступом, а 6 (10%) лапаротомным подходом. Показанием конверсии к лапаротомии являлся выраженный спаечный процесс. Были выявлены следующие интраоперационные находки: деструкция фундопликационной манжетки 25 (41,7%); деструкция с одновременной миграцией манжетки через пищеводное отверстие диафрагмы в средостение 14 (23%); миграция манжетки с болевым синдромом 8 (13,4%); феномен «телескопа» 6 (10%); вторичная параэзофагеальная ГПОД 2 (3,4%); ротация манжетки вокруг пищевода 1 (1,7%); «песочные часы» 1 (1,7%); рецидив параэзофагеальной ГПОД 1 (1,7%); гиперфункция манжеты 1 (1,7%); Рецидив ПЭ ГПОД + деструкция +миграция манжеты 1 (1,7%). Виды реконструктивных вмешательств: рефундопликация по Ниссену-Розетти 28 (47%); рефундопликация по Ниссену 25 (42%); по Дору 3 (5%). Иссечение грыжевого мешка + крурорафия 2 (3%); Иссечение грыжевого мешка + установка "U"-образного сетчатого импланта 1 (1,5%); Крурорафия 1 (1,5%). В послеоперационном периоде отличный результат реконструктивных операций наблюдался у 2 (3,3%) пациентов, хороших 14 (23,3%), удовлетворительный 31 (51,7%) и неудовлетворительный в 13 (21,7%) случаях. Вывод. В связи со сложностью данных вмешательств и неоднозначным конечным результатом реконструктивных операций в лечении рецидива ГЭР, данная категория пациентов должна проходить лечение у опытных специалистов, в центрах владеющих не только лапароскопическими вмешательствами, но и имеющие опыт открытых антирефлюксных операций при ГПОД.

12. Осложнения лапароскопической аппендэктомии

*Шмелева ОМ (1), Гусев АВ (1), Баутин АН (2),
Кравченко ЕВ (2), Соловьев АЮ (1)*

Иваново

- 1) ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ,
- 2) ОБУЗ ГКБ №7

Актуальность. Острый аппендицит по-прежнему лидирует в качестве причин «острого живота» и является поводом для экстренной госпитализации в хирургический стационар. В подавляющем большинстве случаев данная патология встречается у людей в молодом и трудоспособном возрасте, что определяет социальную значимость проблемы. Минимизация возможных послеоперационных осложнений является актуальной задачей. Материалы и методы. Проведен анализ 176 лапароскопических аппендэктомий (ЛАЭ), выполненных в 2013 – 2017 гг в ОБУЗ ГКБ № 7 г. Иваново. Среди них было 64 (36,4%) мужчины и 112 (63,4%) женщин. Средний возраст пациентов составил $33,6 \pm 8,6$. ЛАЭ выполнялась с различными способами обработки культи червеобразного отростка. В экстренном порядке были госпитализированы 98,3 % больных с острым аппендицитом, в плановом - 1,7 % с хроническим аппендицитом. До 6 часов с начала заболевания госпитализировано 27 (15,3 %) пациентов; от 7 часов до 48 часов – 127 (72,2 %); более 48 часов - 22 (12,5%). Результаты. Диагностическая видеолaparоскопия при сомнениях в диагнозе острого аппендицита была выполнена в 101 (57,4 %) случаях. В первые 6 часов от момента госпитализации были оперированы 111 (63,1%) больных, от 7 до 24 часов – 50 (28,4%) больных, более 24 часов – 15 (8,5%) пациентов. При видеолaparоскопии были выявлены следующие формы аппендицита: катаральный – 13 (7,4 %), флегмонозный – 143 (81,3%), гангренозный – 17 (9,7%), хронический – 3 (1,7%). При аппендэктомии обработка культей червеобразных отростков выполнялась различными способами. В подавляющем большинстве случаев для обработки культи червеобразного отростка применялось клипирование – 81 (46 %), аппарат EndoGIA – 24 (13,6 %), Ligasure – 15 (8,5 %). В раннем послеоперационном периоде осложнение отмечено у 3 (1,7 %) больных. У первого больного в виде развития абсцесса передней брюшной стенки,

у него же острый флегмонозный аппендицит сочетался с циррозом печени, асцитом. На 8 сутки этот больной был оперирован - вскрытие, дренирование, тампонирование абсцесса. Общий исход заболевания - улучшение, выписан на амбулаторный этап после наложения вторичных швов на рану. У второго больного на 4 сутки развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, по поводу чего он был оперирован – лапаротомия, разделение спаек, интубация тонкой кишки. У третьего пациента сформировался ретроперитонеальный абсцесс – оперирован повторно на 8 сутки, выписан с улучшением. При этом во всех случаях культи червеобразного отростка была состоятельна. Обсуждение. Несмотря на то, что осложнения ЛАЭ отмечены в 1,7%, ни в одном из случаев их причина не была связана с способом обработки культи аппендикса. Анализируя причины осложнений следует отметить, что причина их развития зависит от выраженности сопутствующей патологии и добиться полного их отсутствия в настоящее время невозможно. Выводы: лапароскопическая аппендэктомия – это эффективный способ лечения острого аппендицита. Характер осложнений ЛАЭ в большей степени зависит от выраженности сопутствующей патологии, а не от способа обработки культи аппендикса.

13. Сравнение качества жизни пациентов после различных способов антимикробной профилактики при аппендэктомии

*Кадыков В.А., Морозов А.М., Любский И.В.,
Пельтихина О.В.*

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. К сожалению, в настоящее время бактериофаги применяются в абдоминальной хирургии достаточно редко. Тем не менее, применение комбинированной антимикробной профилактики способствует снижению частоты проявлений послеоперационных осложнений, что влияет на качество жизни пациентов. Кроме того,

эффективность антимикробной профилактики влияет на скорость выздоровления больных. Материал и методы. Исследование качества жизни было проведено у 69 пациентов, перенесших лапароскопическую аппендэктомию с применением либо классической, либо комбинированной противомикробной профилактики. Все больные были разделены на 2 группы: 33 пациента, которым во время проведения аппендэктомии интраперитонеально вводили 40 мл препарата Секстофаг, составили первую группу, а вторую, контрольную – 36 пациентов, у которых применялись только антибиотики. Психодиагностическое исследование выполнено с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Мультипсихометр-05», использовалась методика SF 36. Полученные результаты и их обсуждение. Показателями, снижающими качество жизни у пациентов первой группы до лечения являются физическое функционирование; жизнеспособность и общее здоровье. После лечения показатель физического функционирования оставался низким, однако его динамика положительна. Так же значимыми ($p < 0,05$) различиями до и после лечения были состояние физического функционирования, общее здоровье и самооценка психического здоровья. Во второй группе в качестве негативных показателей качества жизни до лечения выступают физическое функционирование, жизнеспособность и общее здоровье. После лечения, также как и в первой группе, положительная динамика явно прослеживается. Основные различия до и после операции были по следующим показателям: физическое функционирование, его влияние на ролевое функционирование, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, самооценка психического здоровья. При сравнении показателей качества жизни обеих групп пациентов в послеоперационном периоде выявлено, что вторая группа более благополучна по показателям влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, интенсивности боли, жизнеспособности и социального функционирования. Выводы и рекомендации. У больных, перенесших лапароскопическую аппендэктомию, страдает как физический, так и психический компонент здоровья, что может повышать риск появления осложнений в послеоперационном периоде. Комбинированная противомикробная профилактика с использованием бактериофагов проявляет большую эффективность, поэтому является

предпочтительной для улучшения параметров качества жизни пациентов.

14. Анализ эффективности комбинированной антимикробной профилактики по показателям маркеров воспаления

Аскеров Э.М., Кадыков В.А., Морозов А.М.,
Пельтихина О.В.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. С целью предотвращения развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационный период применяется антимикробная профилактика. Классически её производят при помощи антибиотиков. Однако появление лекарственной устойчивости патогенных микроорганизмов к существующим антибиотикам ставит под угрозу фундаментальные принципы, на которых основывается современная антибактериальная химиотерапия. Материал и методы. Нами было обследовано 211 человек, у 106 производилась фаготерапия, у остальных – нет. Мы оценивали показатели С-реактивного белка и уровень лейкоцитов у пациентов, перенесших аппендэктомию с применением классической или комбинированной антимикробной профилактики. Полученные результаты и их обсуждение. У больных с применением предоперационной антибиотикопрофилактики уровень лейкоцитов составил $12,9 \times 10^9$, с применением периоперационной антимикробной профилактики – $14,7 \times 10^9$. На третий день послеоперационного периода количество лейкоцитов у больных с применением предоперационной антибиотикопрофилактики в среднем оказалось равным $10,7 \times 10^9$, у больных с применением комбинированного метода профилактики – $9,9 \times 10^9$. Дополнительно у 40 больных каждой группы определялся показатель С-реактивного белка. У пациентов с применением классической антимикробной профилактики средний показатель составил 190, у больных с дополнительным введением фагов – 193,6. На третий день

послеоперационного периода повторно определялось количество С-реактивного белка, показатели пациентов с антибиотикопрофилактикой составил 140, у второй группы средний показатель равен 129,4. Выводы и рекомендации. Результаты исследования маркеров воспаления доказывают, что применение комбинированной антимикробной профилактики способствует более быстрому снижению интенсивности воспалительных процессов в послеоперационном периоде. Следовательно, комбинированная антимикробная профилактика более эффективна по сравнению со стандартной предоперационной антибиотикопрофилактикой.

15. Сравнительный анализ ближайших результатов открытых и лапароскопических резекций ободочной кишки по поводу хронических осложнений дивертикулярной болезни

*Пучков Д.К., Хубезов Д.А., Пучков К.В.,
Игнатов И.С., Огорельцев А.Ю., Родимов С.В.,
Юдина Е.А., Кротков А.Р.*

Рязань. Москва

- 1) ВГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО "ОКБ"

Актуальность. Не смотря на высокую эффективность консервативной терапии в лечении дивертикулярной болезни ободочной кишки, имеется определенный контингент больных, нуждающихся в оперативном лечении. К данной группе относятся пациенты с хроническими и острыми осложнениями, в хирургическом лечении которых все большую популярность набирает лапароскопический доступ. Целью данного исследования является оценка выполнимости и безопасности лапароскопических плановых резекций ободочной кишки по поводу хронических осложнений дивертикулярной болезни. Материалы и методы. На базе отделения колопроктологии ГБУ РО «ОКБ» г. Рязани и Швейцарской университетской клиники г. Москвы проведено ретроспективное нерандомизированное исследование, включившее

37 пациентов, которым была выполнена резекция ободочной кишки по поводу дивертикулярной болезни в период с 2013 по 2018 гг. 26 операций были выполнены лапароскопическим доступом (основная группа), 11 операций – традиционным открытым доступом (группа сравнения). Все вмешательства были выполнены тремя колоректальными хирургами с опытом более 100 лапароскопических и открытых операций на толстой кишке. По полу, возрасту, коморбидности, индексу массы тела сравниваемые группы были сопоставимы ($p>0,05$). Показаниями для операции являлись: в 28 случаях (75,7%) – многократные обострения дивертикулита на фоне неэффективности консервативной терапии, в 4 случаях (10,8%) – хронический абсцесс, в 2 случаях (5,4%) – ректовагинальный свищ, в 1 случае – ректовезикальный свищ (2,7%), в 1 случае (2,7%) – стеноз сигмовидной кишки, в 1 случае (2,7%) – наружный толстокишечный свищ. Показания к операции в основной и контрольной группах достоверно не различались ($p>0,05$). Результаты. Средняя продолжительность операции в основной группе была меньше, чем в контрольной: $151,5\pm 38,0$ мин против $173,2\pm 74,7$ мин, соответственно, однако данное различие статистически не значимо ($p=0,38$). У 26 пациентов (70,3%) была выполнена резекция сигмовидной кишки, у 6 пациентов (16,2%) – левосторонняя гемиколэктомия с наложением первичного анастомоза. У 5 пациентов (13,5%) была выполнена обструктивная резекция сигмовидной кишки. По частоте наложения анастомоза достоверных различий между сравниваемыми группами не отмечено ($p=0,53$). Несостоятельность анастомоза в основной группе развилась в 3 случаях (11,5%), в контрольной – в 1 случае (9,1%), $p=0,66$. Получены достоверные различия в продолжительности послеоперационной реабилитации: в основной группе – $9,6\pm 2,9$ койко-дней, в контрольной – $13,5\pm 5,3$ койко-дней ($p=0,007$). В основной группе наркотические анальгетики были назначены в 2 случаях (7,7%), а в контрольной – в 8 случаях (71,7%), $p<0,01$. Обсуждение. Лапароскопический доступ сопоставим с традиционным по длительности операции и частоте послеоперационных осложнений. В то же время лапароскопические элективные резекции сопровождаются значительно меньшим послеоперационным болевым синдромом и менее длительным периодом послеоперационной реабилитации. Выводы и рекомендации. Полученные результаты позволяют считать лапароскопические резекции ободочной

кишки осуществимыми и безопасными при условии выполнения опытным хирургом.

16. Оптимизация хирургического подхода к лечению пациентов желчнокаменной болезнью

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

Владимир

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Минимально-инвазивные технологии в хирургии в последние годы в совокупности с накопленным опытом значительно расширили не только спектр выполняемых операций, но и позволили взглянуть под другим углом на лечение пациентов желчнокаменной болезнью (ЖКБ), особенно при осложненном ее течении. Цель: оптимизировать подход к хирургическому лечению пациентов ЖКБ при помощи минимально-инвазивных технологий. Материалы и методы: анализируются результаты хирургического лечения пациентов ЖКБ с 2010 по 2015 г. г. с использованием минимально-инвазивных технологий. Всего выполнено n=582 эндоскопических вмешательства, из них 412 холецистэктомий из мини-доступа - открытая лапароскопическая холецистэктомия (ОЛХЭ) и 170 эндоскопических папиллосфинктеротомий. Среди оперированных пациентов из мини-доступа (ОЛХЭ) преобладали лица женского пола – 338 (82 %), мужского - 74 (18 %). Средний возраст составил 56,7±5,1 лет. Стандартная, типичная ОЛХЭ выполнена у 412 пациентов, холецистэктомия в сочетании с холедохоскопией с холедохолитотомией и дренированием холедоха по Пиковскому у 24 пациентов, наложение холедоходуоденоанастомоза – в 8 случаях. В 262 (63,5 %) случаях выполнялись плановые операции, в 150 (36,4 %) случаях срочные операции. В этой подгруппе пациентов острый флегмонозный холецистит наблюдался в 118 (78,6 %) случаях, гангренозный холецистит в 22 (14,6%) случаях. В 11 (7,3%) случаях выполнялись симультанные операции: ОЛХЭ и пупочная герниопластика.. К конверсии при ОЛХЭ прибегли в 6 (4%) случаях,

причиной которых явились инфильтрат в гепатодуоденальной зоне, невозможность идентифицировать элементы гепатодуоденальной связки (пузырного протока, холедоха) Осложнения встречались в 14 (9,3%) случаях. Повреждение гепатикохоледоха – 1 (0,6%) , в 2 (1,3%) случаях отмечен подпеченочный затек, пролеченный консервативным путем, в 2 случаях (1,3%) отмечено желчеистечение по улавливающему дренажу, которое остановилось самостоятельно и не потребовало активных хирургических вмешательств, в 4 (2,6%) случаях отмечен инфильтрат послеоперационной раны, который пролечен консервативно. , в 6 (4%) случаях отмечено обострение хронического бронхита, что потребовало привлечения в лечебный процесс узких специалистов (пульмонолога). . Выводы: 1. широкое применение минимально-инвазивных и видеоэндоскопических технологий в лечении пациентов ЖКБ позволяет улучшить результаты хирургического лечения и его переносимость, особенно у пациентов с осложненным течением заболевания;. 2. значительно снижает травматичность операции особенно при необходимости вмешательства на внепеченочных желчевыводящих протоках и выполнении симультанных операций.

17. Возможные пути улучшения результатов открытой лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом

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

Владимир

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Показания к открытой лапароскопической холецистэктомии (ОЛХЭ) при остром холецистите в последнее время все больше расширяются. В современных клиниках мира процент выполнения минимально-инвазивных методов в лечении осложненных форм желчекаменной болезни (ЖКБ) при остром холецистите превышает 90%. Но до настоящего времени актуальными остаются

вопросы выбора тактики и методов оперативного лечения у больных с острыми формами осложненного холецистита. Материал и методы. Нами выполнено 1182 открытых лапароскопических холецистэктомий (ОЛХЭ) (1995-2015 г.г), из них проанализированы результаты 181 ОЛХЭ у больных поступивших в клинику с острым холециститом. Возраст пациентов варьировал от 18 до 82 лет, женщин было 109 (60,2%), мужчин - 72 (39,7 %). С острым катаральным холециститом прооперировано 26 (14,3 %) больных, с острым флегмонозным 130 (71,8 %) и с острым гангренозным холециститом – 25 (13,8 %) больных. С клиническими проявлениями холедохолитиаза и явлениями механической желтухи поступили 14 (7,7 %) больных. У 9 (4,9 %) больных на ЭРПХГ подтверждены конкременты общего желчного протока, у 4 (2,2 %) выявлены явления стенозирующего папилита. 14 (7,7 %) 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 ОЛХЭ 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 ОЛХЭ выполнялась через 24-48 часов от момента госпитализации, или через 2-3 месяца в плановом порядке после выписки больного из стационара. У больных с холедохолитиазом, ОЛХЭ 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 ОЛХЭ переходили на лапаротомию, что было осуществлено у 6 (5,8%) больных (4 конверсии приходится на первые 50 операций). В 2 случаях операцию завершали верхне-срединной лапаротомией. После ОЛХЭ по поводу острого деструктивного холецистита считаем целесообразным дренирование подпеченочного пространства на 2 - 5 суток. Длительность нахождения дренажа зависит от количества и характера отделяемого (экссудат,

желчь). В 8 (4,4%) случаях во время открытой лапароскопической холецистэктомии мы встретились с ситуацией, когда отделить заднюю стенку желчного пузыря от ложа в печени без повреждения печеночной паренхимы было невозможно. В этих случаях вся задняя стенка или ее участки, которые невозможно было выделить из ложа в печени, оставались с последующей плазменной или электрокоагуляцией слизистой оболочки. Ни в одном случае послеоперационных осложнений не наблюдалось. У больных с острыми формами холецистита препаровка тканей, выделение пузырной артерии и пузырного протока выполнялось диссектором без применения чрезмерной электрической нагрузки, что позволило избежать повреждений пузырной артерии и желчных протоков. Отключенный, напряженный желчный пузырь, освобожденный от околопузырного инфильтрата, идентифицировались все анатомические структуры, только после этого производилась пункция и эвакуация содержимого, желчный пузырь не вскрывался. Выполнялась холецистэктомия с электрокоагуляцией ложа желчного пузыря на печени. Околопузырные абсцессы были отмечены в 7 (3,8%) случаях. Синдром Мириizzi встретился у 2 больных. Серозный и серозно-фибринозный местный, перитонит был диагностирован у 14 (7,7%) больных. Попытки консервативного лечения больных, уже страдающих деструктивным холециститом, в большинстве случаев оказывались неудачными. Во время операции, у больных, получавших длительное консервативное лечение по поводу острого деструктивного холецистита, как правило, выявлялся выраженный инфильтративный и инфильтративно-спаечный процесс в гепатикопанкреатодуоденальной зоне, определялись рубцовые сращения с окружающими желчный пузырь органами. Выраженность этих изменений соответствовала длительности дооперационного консервативного лечения. Интраоперационные осложнения наблюдались в 6 (3,3%) случаях в виде: диапедезного кровотечения из ложа желчного пузыря на печени – в 3 (1,6%) случаях, которое остановлено дополнительной электрокоагуляцией ложа и прошиванием в 2 (1,1%) случаях кровотечение из пузырной артерии, которое остановлено лигированием сосуда.– в 1 (0,5%) случае, повреждение общего желчного протока.. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (4,4%) пациентов, у 2 (1,1%) больных нагноение послеоперационной раны у 4 (2,2%), пациентов инфильтрат послеоперационной раны у 2 (1,1%) пациентов,

серома послоперационной раны. Выводы: 1. Выполнение ранней открытой лапароскопической холецистэктомии (ОЛХЭ) при деструктивных формах острого холецистита, позволяет избежать конверсий, интраоперационных осложнений, которые могут произойти при разделении грубых рубцово-инфильтративных сращений в гепатикопанкреатодуоденальной зоне; 2. Использование многоэтапной эндоскопической лечебной тактики при поражениях желчных путей считаем оптимальной, когда коррекция выявленных до- или после операции изменений желчных путей проводилась с использованием ретроградных вмешательств (ЭРПХГ, ЭПСТ); 3. Минимально-инвазивные оперативные вмешательства должны выполняться в специализированных стационарах, опытной операционной бригадой, состоящей из двух хирургов, которые владеют эндоскопическим и традиционным методом оперирования с опытной операционной медицинской сестрой; 4. Применение плазменного скальпеля во время выполнения холецистэктомии у больных с острым холециститом значительно повышает надежность гемостаза, предупреждает желчеистечение из ложа желчного пузыря, оказывает бактерицидный эффект. 5. Для подготовки кадров необходимо, чтобы молодые хирурги в полном объеме владели навыками выполнения холецистэктомий при хроническом процессе и постоянно участвовали при операциях больных с осложненными формами острого холецистита.

18. Особенности хирургической тактики при прободных гастродуоденальных язвах

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

Владимир.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ). Материал и методы: за последние 5 лет в клинике оперированы 82 больных с ПГДЯ, средний возраст 42 года,

мужчин было 70 (85,3 %, женщин – 12 (14,6 %), прободные язвы дуоденальной локализации – 68 (83 %), желудочной – 14 (17,0%). До госпитализации 74 (90,2 %) больных получали противоязвенную терапию, в том числе и антихеликобактерную. В 8 (9,7%) случаях отмечено повторные прободения язв, в 9 (11%) случаях – сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (пенетрация, стеноз, кровотечение). До 6 часов с момента прободения госпитализировано 78 (95,1%) пациентов; с 6 ч. до 12 ч. от начала заболевания госпитализировано – 22 (26,8%) пациента, с 12 ч до 24 ч – 12 (14,6%) пациентов, с давностью заболевания 24 - 48 ч. госпитализировано – 5 (6,0%) пациентов и позже 48 ч – 1 (1,2%) больной. Наличие шока было диагностировано у 5 (6,0%) больных. . Обследование больных проводили в соответствии с национальными клиническими рекомендациями и принятыми в клинике и протоколами по оказанию неотложной хирургической помощи с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Кроме обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, использовали фиброгастродуоденоскопию, при неясных случаях с повторным рентгенологическим исследованием после эндоскопии для выявления пневмоперитонеума, УЗИ брюшной полости, диагностическую лапароскопию. Диагностическая лапароскопия была выполнена у 64 (78 %) больных с подозрением на ПГДЯ. В 79 (96,3%) случаях диагноз ПГДЯ был установлен в течение первых 2 часов. Результаты. В кратковременной предоперационной подготовке нуждались пациенты с перитонитом, нестабильной гемодинамикой, шоком. Таких пациентов было в 22 наблюдениях (26,8%).. Целевыми показателями подготовки считали достижение ЦВД до 6 – 8 мм вод. ст., среднего АД > 65мм рт. ст., диуреза > 0,5 мл/кг/ч. Использовали два метода хирургических вмешательств: традиционные хирургические вмешательства (n=17 (20,7%), комбинированные миниинвазивные вмешательства – у 53 (64,6%) пациентов. Данной категории больных первым этапом выполнялась эндовидеолапароскопия для уточнения локализации перфоративного отверстия, дальнейшим этапом являлось ушивание перфоративной язвы из мини-доступа с использованием инструментария «миниассистент», следующим этапом являлась видеолароскопическая санация брюшной полости. Противопоказаниями к эндовидеолапароскопическим вмешательствам считали тяжелое состояние больных (по APACHE II >18 баллов, ASA >3),

терминальная фаза перитонита, перитонит с внутрибрюшными абсцессами, необходимость в интраоперационной декомпрессии кишечника, разлитой перитонит на фоне перенесенных ранее абдоминальных операций, наличие выраженной внутрибрюшной гипертензии (интраабдоминальное давление >20 мм рт. ст., Ушивание перфоративного отверстия производили однорядными узловыми швами с фиксацией к линии швов пряди сальника. Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,5%) больных, в том числе у 4 пациентов – интраабдоминальные осложнения (несостоятельность швов в 1 случае (1,2%), в 3 (3,6%) случаях парез кишечника, абсцесс подпеченочного пространства в 1 случае, в 3 случаях отмечено нагноение послеоперационных ран. Послеоперационная летальность отмечена в 1 (1,2%) случае, причиной которой явилось выраженная сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы, а также синдром полиорганной недостаточности. Все больные были с послеоперационными осложнениями госпитализированы позже 24 часов от начала заболевания, а также с выраженной сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У них наряду с выраженной сопутствующей патологией были отмечены явления запущенного перитонита с признаками полиорганной недостаточности.. В группе больных с применением минимально-инвазивных хирургических методик послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Послеоперационный период в данной группе больных протекал значительно благоприятнее, чем в группе больных, с применением традиционных хирургических вмешательств. Выводы: 1. Миниинвазивные оперативные вмешательства являются эффективными, безопасными методами лечения ПГДЯ, но при условии отбора компенсированных пациентов, с благоприятной оценкой риска развития осложнений (по ASA, малые размеры перфоративного отверстия, малые сроки после перфорации). 2. Способ ушивания перфоративного отверстия зависит от его размеров, состояния окружающих тканей, при технических сложностях оптимально завершить операцию ушиванием из минилапаротомного доступа.

19.Выбор метода неотложного хирургического вмешательства при осложненном хроническом панкреатите

*Шляховский И.А., Рогаль М.Л., Ярцев П.А.,
Новиков С.В., Миронов А.В., Степан Е.В.*

Москва

НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

Актуальность. Актуальность вопросов тактики неотложного хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) обусловлена развивающимися при этом заболеванием в 22,5%–30,0% случаев такими осложнениями как; компрессия патологически измененной головкой поджелудочной железы (ПЖ) интрапанкреатического отдела холедоха с развитием билиарной гипертензии (БГ) и механической желтухи (МЖ), панкреатическая протоковая гипертензия (ППГ) при кальцифицирующем ХП, сдавление выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) увеличенной в размерах головкой поджелудочной железы при ее хроническом воспалении. Кроме этого, ХП осложняется развитием псевдокист поджелудочной железы (ПКПЖ), нагноением ПКПЖ и формированием парапанкреатических абсцессов (ПА), кровоизлияниями в полость ПКПЖ, внутренними и наружными панкреатическими свищами (ВПС и НПС). Госпитализация этих пациентов в хирургический стационар проводится по экстренным показаниям, и требует проведения неотложных лечебно-диагностических мероприятий, включающих в себя эндоскопические методики и различные способы хирургического лечения. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с осложнениями ХП требующих применения неотложных инвазивных вмешательств, путем разработки алгоритма обследования и лечения пациентов. Определение показаний к применению эндоскопических, миниинвазивных и других хирургических вмешательств под УЗ-контролем, а также тех или иных хирургических операций. Материалы и методы. С 2012г по 2018г на лечении находились 431 пациент с диагнозом «Хронический панкреатит, обострение». Средний возраст пациентов среди мужчин составил $49,2 \pm 3,4$ лет, среди женщин - $61,3 \pm 4,8$ лет. У 125 (29,0%) из них применены различные инвазивные методики лечения. У 49 (39,2%) пациентов с такими

осложнениями как компрессия интрапанкреатического отдела холедоха и вирсунгова протоков, с развитием ППГ, БГ и МЖ были применены эндоскопические методы лечения – стентирование общего желчного и панкреатического протоков. При наличии ПКПЖ плотно прилегающих к задней стенке желудка или ДПК выполнена эндоцистогастро- и эндоцистодуоденостомия. 38 (30,4%) пациентам с нагноением ПКПЖ и (ПА) было выполнено наружное дренирование под ультразвуковым и рентгеновским наведением. 35 (28,0%) пациентам со стойкой ППГ при кальцифицирующем ХП, нарушением эвакуации из желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) вследствие сдавления их увеличенной головкой ПЖ и ПКПЖ, а также внутренними и наружными панкреатическими свищами были произведены видеолaparоскопическое наружное дренирование ПКПЖ и традиционные хирургические вмешательства (операция Фрея, продольная панкреатоеюностомия, медиальная и дистальная резекция ПЖ). У 3 (2,4%) пациентов при кровотечении в полость ПКПЖ применена эндоваскулярная эмболизация кровотока сосуда. Результаты. У пациентов, которым было выполнено эндоскопическое стентирование вирсунгова и внепеченочных желчевыводящих протоков, удалось добиться ликвидации ППГ, БГ и МЖ. Выполненные по показаниям эндоцистогастро- и эндоцистодуоденостомии позволили ликвидировать ПКПЖ. В случаях, когда имелось анатомическое разобщение стенок ПКПЖ с задней стенкой желудка, санировать ПКПЖ удалось с помощью ЧПДВ. Большой объем поражения паренхимы головки поджелудочной железы и наличие морфологических признаков онкологического процесса явились показанием к операции панкреатодуоденальной резекции. При НПС 3 пациентам выполнена медиальная резекция и 1 – дистальная резекция поджелудочной железы. У 3 пациентов при кровотечении в полость ПКПЖ менее 500,0 мл/ч успешно применен метод эндоваскулярной эмболизации. Общая летальность при неотложных вмешательствах у пациентов с осложненным хроническим панкреатитом составила 1,2%, послеоперационная летальность – 3,6%. Выводы. Выбор инвазивного вмешательства при лечении пациентов с осложненным течением ХП зависит от состояния протоковой системы поджелудочной железы и желчевыводящих путей, структуры ПКПЖ и их анатомических соотношений с желудком и ДПК, объема и характера поражения паренхимы поджелудочной железы и видов

панкреатических свищей. При кровотечении в полость ПКПЖ менее 500,0 мл/ч возможно применение метода эндоваскулярной эмболизации.

20. Прогнозирование качества тотальной мезоректумэктомии на дооперационном этапе: как это делать и для чего?

Хубезов Д.А. (1,2), Пучков Д.К. (1,2), Луканин Р.В. (2),
Огорельцев А.Ю. (1), Игнатов И.С. (1,2),
Родимов С.В. (1,2), Евсюкова М.А. (1,2),
Снегур С.В. (2), Кротков А.Р. (1)

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО «ОКБ»

Актуальность. В настоящее время в хирургическом лечении рака ниже- и среднеампулярного отделов прямой кишки все большую популярность набирает трансанальная тотальная мезоректумэктомия (ТАТМЭ), основанная на выделении мезоректума «снизу-вверх», одним из преимуществ которой является получение макропрепарата высокого качества. Однако до сих пор не ясно, стоит ли выполнять данную операцию рутинно при низком раке прямой кишки, либо же у определенного контингента больных. Целью данного исследования является разработка шкалы прогнозирования качества макропрепарата после тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ), позволяющей на дооперационном этапе выявлять пациентов высокого риска некачественной ТМЭ, у которых необходимо использование трансанального доступа. Материалы и методы. На базе отделения колопроктологии ГБУ РО «ОКБ» было проведено ретроспективное нерандомизированное исследование, включившее 80 пациентов, которым была выполнена тотальная мезоректумэктомия традиционным или лапароскопическим доступом. Оценивалось влияние на качество ТМЭ следующих факторов: пол, размеры малого таза, индекс массы тела, площадь висцерального жира, неoadъювантная химиолучевая терапия, стадия опухолевого процесса по TNM (критерий Т), высота

расположения опухоли, размер опухоли, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, локализация опухоли относительно стенок прямой кишки, доступ. Результаты. Качество макропрепарата Incomplete и Near complete (неудовлетворительное качество) было отмечено у 29 пациентов (36,25%). Результаты унивариантного и мультивариантного анализа показали, что «узкий» таз, мужской пол, висцеральное ожирение, высота опухоли менее 5 см от зубчатой линии и расположение опухоли на передней стенке прямой кишки являются независимыми факторами риска некачественной ТМЭ ($p < 0,05$). На основании независимых факторов риска была разработана шкала прогнозирования качества ТМЭ. Используя логистическую регрессию, каждому фактору риска был присвоен балльный эквивалент в зависимости от коэффициента регрессии (КР). Наличие у пациента «узкого» таза ($KP=3,791$) было самым значимым фактором риска и было оценено 2 баллами, остальные факторы риска были оценены по 1 баллу каждый ($KP=1,608-1,996$). Затем производилась суммация баллов. Таким образом, была выделена группа пациентов высокого риска (3-5 баллов) – 23 пациента и низкого риска (0-2 балла) – 57 пациентов. У пациентов группы низкого риска некачественная ТМЭ была отмечена в 7 случаях (24%), а у пациентов группы высокого риска – в 22 случаях (76%) ($p < 0,01$). Среди пациентов группы высокого риска неудовлетворительное качество препарата было получено в 22 случаях (95,6%), среди пациентов группы низкого риска в 7 случаях (12,3%). Различия являются статистически значимыми ($p < 0,01$). Заключение и рекомендации. Разработанная прогностическая модель позволяет на дооперационном этапе выявлять пациентов группы высокого риска получения некачественного макропрепарата. У пациентов данной группы выполнение лапароскопической или открытой ТМЭ не позволяет получить макропрепарат высокого качества. По нашему мнению, использование трансанального доступа у таких больных позволяет нивелировать технические трудности и улучшить качество макропрепарата.

21. Немного о подходе к выбору метода лапароскопической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы

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

Саратов

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Актуальность. Несмотря на определенные успехи в вопросе диагностики и консервативного лечения больных с рефлюкс-эзофагитом и ГПОД, выбор самого метода антирефлюксной коррекции жестко не регламентирован и остается на предпочтение хирурга. Внедрение лапароскопических технологий способствовало повышению эффективности антирефлюксных вмешательств. При обсуждении современных подходов к антирефлюксной операции основное внимание уделяется восстановлению функционального состояния пищеводно-желудочного перехода и создание антирефлюксного барьера. Материалы и методы. Наша клиника обладает опытом 87 лапароскопических антирефлюксных операций. Структура оперативных коррекций представлена так: у 43 (49%) пациентов выполнена ЛФ по Ниссону, у 44 (51%) – двухсторонняя ЛФ по Тупе. Все пациенты в предоперационном периоде прошли обязательное обследование, включающее: УЗИ - исследование ОБП, ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, суточный рН-мониторинг. Помимо это, с целью визуализации и измерения величины ПОД, диагностику дополняли выполнением ультразвуковой баллонографии. Результаты исследования. Все операции были выполнены одной хирургической бригадой. Осложненное течение заболевания в виде пептического эзофагита с явлениями эрозии и изъязвления, развития рубцовых изменений нижней трети пищевода и эпизодов кровотечений в анамнезе отмечено у 5 (6,1%) пациентов, при этом у 3 (3,3%) - диагностирован пищевод Баррета. При сочетании ГПОД с другой абдоминальной патологией, требующей хирургической коррекции, выполнялись симультанные вмешательства. В раннем послеоперационном периоде ранняя послеоперационная дисфагия выявлена в 20% случаях (10 пациентов), которым выполнена ЛФ по Ниссону, и в 11 % случаев (21 пациент) после ЛФ по методике Тупе. Обсуждение. Само оперативное вмешательство включало в себя этап

антирефлюксной коррекции и этап пластики пищевода отверстия диафрагмы. На антирефлюксном этапе больным выполнялись фундопликации по методикам Ниссена и Тупе, а показанием к выполнению пластики пищевода отверстия диафрагмы, мы считали - расширение последнего более 3,5 см. Исключительно фундопликации выполнены 53 (60,9%) пациентам. При расширении пищевода отверстия от 35 до 50 мм выполнялась крурорафия (у 15 (17,2%) пациентов). Если же диаметр ПОД превышает 50 мм (19 (21,8%) пациентов) осуществлялась синтетическая аллопластика, т.к. натяжные методы пластики, из-за дегенеративно-дистрофических изменений тканей, приводили к прорезыванию тканей и смещению манжеты в заднее средостение, а также возможному рецидиву заболевания. Выводы и рекомендации. Таким образом, пациенты для оперативного вмешательства отбираются только по строгим показаниям, основанным на данных комплексного клинко-инструментального обследования. Выбор объема и методики коррекции должен базироваться на объективных данных, полученных до операции и определенных интраоперационно. Лапароскопические вмешательства при лечении больных ГПОД следует считать операциями выбора, способствующими уменьшению числа осложнений и улучшению результатов операции. Лапароскопические коррекции при патологии пищевода-желудочного перехода обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

22. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с рефлюкс-эзофагитом при скользящих грыжах пищевода отверстия диафрагмы

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

Саратов

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского

Актуальность. Накоплен достаточно большой опыт хирургического лечения рефлюкс-эзофагита, изучены ранние и отдаленные результаты коррекции грыж пищевода отверстия

диафрагмы (ГПОД). Однако, до сих пор выявление причин рецидива патологии, определение лечебной тактики и показаний к повторным вмешательствам представляет сложную и нерешенную проблему. Целью антирефлюксной коррекции при ГПОД является восстановление анатомо-функционального состояния эзофага – гастрального перехода и создание адекватного антирефлюксного барьера. Материал и методы. Наша клиника обладает опытом выполнения 83 антирефлюксных операции по поводу скользящей грыжи пищевода отверстия диафрагмы (СГПОД). Из них у 1 (1,2 %) пациентов было диагностировано наличие пищевода Баррета, а у 11 (13,2 %), пациентов наблюдалось осложненное течение рефлюкс-эзофагита в виде пептического эзофагита, рубцовых стриктур пищевода. Для выбора наиболее адекватного метода коррекции СГПОД всем пациентам выполнялось измерение пищевода отверстия диафрагмы (ПОД) с помощью УЗИ – баллонографии. Помимо этого, и на интраоперационном этапе нами проводилось измерение величины ПОД с помощью эзофагогастральных зондов различного диаметра. Результаты и их обсуждение. В случае, если размеры ПОД не превышали 35 мм, целью антирефлюксных коррекций являлось создание механического жома или манжетки по методикам Ниссена или Тупе. В случае большего расширения ПОД, антирефлюксная фундопликация дополнялась крурорафией. В связи со слабостью связочного аппарата диафрагмы у 11 (13,2%) пациентов, выполнялась аллопластика сетчатым эксплантатом и фиксировался узловыми швами. В случае, наличия в анамнезе сопутствующих заболеваний, выполнялись симультанные вмешательства. В раннем послеоперационном периоде у 12 (14,5%) пациентов отмечены осложнения. Так, преобладающая стойкая постоперационная дисфагия была выявлена у 8 (9,6%) пациентов, которая была купирована консервативно. Выводы и рекомендации. В связи с развитием научно-технического прогресса и внедрением современных технологий в хирургическую практику, диагностика ГПОД, а также отбор пациентов на антирефлюксное лечение при скользящих ГПОД должен вестись исключительно по строгим показаниям, основанным на данных комплексного лабораторно-инструментального обследования. При этом, объем, методика хирургического вмешательства должны основываться на объективных данных, полученных как до операции, так и изученных интраоперационно. Внедрение малоинвазивных лапароскопических технологий в хирургическое

лечение СГПОД, способствуют сокращению сроков послеоперационной реабилитации пациентов, уменьшению числа осложнений, а также повышению качества жизни в отдаленном периоде.

23. Лапароскопия в лечении пациентов со спаечной кишечной непроходимостью

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ Менделеевская ЦРБ

Актуальность. Острая кишечная непроходимость считается одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии, поскольку её возникновение всегда ассоциируется с трудностями в диагностическом и тактическом плане. Среди них подавляющее большинство (60–70%) приходится на спаечную форму ОКН. При этом состоянии, по данным иностранных и отечественных авторов, летальность колеблется от 1,6 до 43,0%. Для лечения пациентов со спаечной кишечной непроходимостью используются 2 метода – лапаротомия и лапароскопия. Проведение лапаротомии ассоциировано с высоким риском рецидива и усилением спаечного процесса в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. Лапароскопия, напротив, способствует снижению травматичности операционного вмешательства и уменьшает повторное спайкообразование. Кроме того, многие специалисты отмечают дополнительные плюсы лапароскопии в виде более легкого течения послеоперационного периода и соответственно, более раннюю активизацию пациентов, уменьшение сроков пребывания в стационаре. Основным недостатком лапароскопии является более высокий (по сравнению с лапаротомией) риск повреждения внутренних органов, связанный с ограниченными возможностями хирургов и функциональными особенностями органов – увеличением диаметра кишки, снижением ее подвижности, истончением стенки. Целью работы стала оценка эффективности лечения спаечной кишечной непроходимости лапароскопическим

методом в сравнении с лапаротомией. Материалы и методы: Всего в работе исследуются результаты лечения 115 больных острой спаечной кишечной непроходимостью. В основную группу вошли 65 пациентов. Возраст пациентов основной группы составил $46,8 \pm 2,5$ года (от 22 до 78 лет). В гендерном составе преобладали мужчины – 38 чел (58,5%). Контрольную группу составили 50 пациентов с равноценной по характеру патологией, которым была выполнена лапаротомия. Возраст пациентов колебался от 18 до 81 года. Средний возраст составил – $50,1 \pm 1,2$ года ($p > 0,05$). Мужчин было 28 (56,0%), женщин 22 чел (44,0%). Сравнимые группы оказались сопоставимыми не только по полу и возрасту, но и тяжести их исходного состояния, оцененного по клиническим критериям, шкале APACHE II (шкала оценки острых и хронических функциональных изменений) и шкале SAPS II (упрощенная шкала оценки острых функциональных изменений). Результаты исследования и их обсуждение: В основной группе применение лапароскопии позволило сократить время от поступления в стационар до операции, в среднем до $4,3 \pm 0,5$ ч. Средний койко-день составил $7,2 \pm 0,8$ дня. В группе сравнения – среднее время от поступления до проведения оперативного вмешательства было почти в 3 раза больше – $14,3 \pm 1,0$ ч ($p < 0,05$). Среднее количество койко-дней составило $12,5 \pm 1,1$ дней ($p < 0,05$). Во многом эта разница обусловлена тем, что после эндоскопических вмешательств частота осложнений в 2 раза выше, чем после применения лапароскопии. Несмотря на то, что различия между группами не достигли уровня статистической значимости, прослеживается явная тенденция к снижению числа осложнений при лапароскопии. При использовании лапароскопии меньше была и летальность пациентов – 1 случай (1,6%) в основной группе против 3 (6,0%) в группе контроля ($p > 0,05$). Восстановление функции желудочно-кишечного тракта оценивали по степени угнетения перистальтики в послеоперационном периоде и срокам отхождения стула. Лапароскопия зарекомендовала себя с лучшей стороны, т.к. среди пациентов основной группы у подавляющего числа перистальтика появилась на первые сутки, в то время как в группе сравнения, более чем у 50% она стала выслушиваться на вторые сутки и позднее. У большинства пациентов после лапароскопии стул появился уже на 1-е сутки, в то время как после лапаротомии – только на 3-и. Таким образом, применение лапароскопии при ОСКН способствует более быстрому восстановлению функции желудочно-кишечного тракта. При сравнении динамики ЛИИ в группах установлено, что

показатели в основной группе и группе сравнения не имели достоверных отличий. Оксидативный статус оценивали по содержанию малонового диальдегида в сыворотке крови. Нами отмечено, что после операции в обеих группах наблюдалась тенденция к росту показателей перекисного окисления липидов, при чем в группе лапаротомии он был более интенсивный. Снижение показателя происходило начиная с 5-х суток. Обсуждение. Известно, что результаты лечения ОКН зависят от сроков оказания лечебного пособия. В нашей работе пациенты основной группы быстрее оказывались на операционном столе от времени поступления в стационар благодаря тому, что у них отсутствовала необходимость следить за пассажем бариевой взвеси. Примечательно, что и общее количество койко-дней при лапароскопии было достоверно меньше по сравнению с лапаротомией. Это было достигнуто и благодаря меньшему числу осложнений и более быстрому восстановлению пациентов. Несмотря на большое количество исследований, свидетельствующих о высоком риске осложнений при применении миниинвазивных методов, в нашей работе ситуация была прямо противоположной. На наш взгляд, во многом вероятность осложнений ассоциирована с недостаточным опытом специалистов при применении лапароскопии. По мере накопления опыта эта операция становится всё более безопасной. В целом, на наш взгляд лапароскопия при острой спаечной кишечной непроходимости может стать операцией выбора, поскольку менее травматичен и способствует более быстрому выздоровлению пациента, что было продемонстрировано и при анализе восстановления функции ЖКТ, оценке динамики ЛИИ и МДА. Вывод. Лапароскопия является весьма перспективным методом на современном этапе развития медицинских технологий. Её применение дает возможность существенно улучшить результаты лечения: снизить частоту осложнений, сократить количество койко-дней, более быстрого восстановления функции ЖКТ, уменьшения эндотоксикоза.

24.Оперативная эндоскопия при опухолях бронхов

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

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет

2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Интервенционные вмешательства выполнены 22 пациентам с опухолями бронхов (12 мужчин и 10 женщин), в возрасте от 38 до 76 лет. Причинами стеноза бронхов были: аденома бронха в 6 случаях, рак легкого в 1, хондрома бронха в 2, типичный карциноид в 3, метастаз рака почки в 3, метастаз лейомиосаркомы матки в 1, гамартома в 2, неврилеммома в 1, воспалительная псевдоопухоль в 1, сдавление бронха извне в 1, папиллома в 2. Эндоскопическое исследование перед удалением выполнено во всех случаях с целью визуализации опухоли и определения тактики удаления. У 3 пациентов опухоль локализовалась в правом главном бронхе, у 1 в левом главном бронхе, у 3 в нижнедолевом бронхе справа, у 3 в В 3 слева, у 3 в бронхе верхней доли правого легкого, у 4 в бронхе верхней доли левого легкого, у 1 в бронхе средней доли, у 4 в промежуточном бронхе. У 8 пациентов размеры опухоли были от 5 до 10 мм, у 2 до 5 мм, у 10 от 11 до 15 мм и у 2 от 16 до 20 мм. В трех случаях опухоль выстояла в трахею, частично перекрывая просвет главного бронха противоположного легкого, нарушая дыхание. При выборе метода удаления опухоли предпочтение отдавалось петлевой электроэксцизии опухоли после интубации трахеи тубусом ригидного бронхоскопа в условиях общей анестезии. Данный метод использован у большинства (18) пациентов. В 4 случаях при небольших размерах образования выполнено щипцовое удаление опухоли при проведении фибробронхоскопии, которое в 1 случае было дополнено аргоноплазменной коагуляцией основания удаленной опухоли. В 1 случае после удаления опухоли вмешательство дополнено установкой в правый главный бронх силиконового стента типа Dumon. У пациентки со сдавлением левого главного бронха извне опухолью средостения для декомпрессии был установлен металлический саморасправляющийся стент. Из осложнений, которые возникали при вмешательствах у 5 пациентов было

незначительное кровотечение, которое остановлено с применением общей гемостатической терапии или самостоятельно. Повторных вмешательств не было.

25. Влияние лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки на течение острого деструктивного панкреатита

*Куликов Д.В.(1) Корольков А.Ю.(1) Морозов В.П.(1)
Гольцов В.Р.(2) Ваганов А.А.(1)*

Санкт-Петербург

- 1) ПСПБГМУ им. акк. И.П. Павлова
- 2) СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

По настоящее время одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии является острый деструктивный панкреатит. Усугубляет остроту проблемы количество больных с острым панкреатитом, которое составляет по разным данным от 10 до 25% от числа больных хирургического профиля. При этом деструктивные формы заболевания составляют около 20-44%, а летальность при них, как в России, так и за рубежом, остается неизменно высокой, достигая 20% при стерильном панкреонекрозе, и 60-80% при инфицированных формах ОДП, что обуславливает высокую актуальность поиска новых лечебных подходов. Целью исследования является оценка эффективности лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки у пациентов с острым деструктивным панкреатитом в сочетании с ферментативным перитонитом и ферментативным парапанкреатитом в лечении острого деструктивного панкреатита. Нами проанализировано 46 историй болезни с 2016 по 2018 год пациентов с острым деструктивным панкреатитом, которым в связи с ферментативным перитонитом выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Средний возраст пациентов составил 44 года, от 31 до 78 лет. Средний балл по шкале оценки тяжести острого панкреатита НИИ СП им.И.И.Джанелидзе составил 5 баллов $\pm 1,8$, доверительный интервал 0,016 ($p=0,05$), таким образом, все пациенты имели

среднетяжелый или тяжелый панкреатит. При этом группа пациентов с тяжелым панкреатитом (сумма баллов более или равна 5) составила 27 человек. Длительность заболевания до начала терапии составила 1,8 дней. Всем пациентам выполнена лапароскопическая санация брюшной полости в связи с явлениями ферментативного перитонита, подтвержденными клинически и по данным ультразвукового исследования. Пациенты были разделены на 2 группы. Группа (1) ($n=23$) - пациенты с геморрагическим пропитыванием парапанкреатической клетчатки, параколитических пространств и корня брыжейки ободочной кишки или с изолированным вариантом поражения, средний балл по шкале НИИ СП им.И.И.Джанелидзе составил 5,7. Группа (2) ($n=23$) - пациенты с явлениями ферментативного парапанкреатита, без геморрагического пропитывания выше описанных зон, средний балл по шкале НИИ СП им.И.И.Джанелидзе составил 4,1. В группе (1) 14 пациентам была выполнена лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки в зонах наибольшего поражения, умерло 2 пациента, при этом летальный исход наступил в раннюю фазу заболевания от прогрессирования полиорганной недостаточности на 3 и 10 сутки госпитализации (у пациентов отмечалось позднее поступление 5 суток от начала заболевания). Летальность среди оставшихся 8 пациентов той же группы без лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки составила так же 2 пациента, причиной смерти стали гнойно-некротические осложнения. Гнойно-некротические осложнения наблюдались у 6 пациентов, в двух случаях с летальным исходом. В группе (2) лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки выполнялась в зонах наибольшего отека и была выполнена 10 пациентам, летальный исход в данной подгруппе наблюдался в 1 случае, в раннюю фазу заболевания, на 3 сутки, возраст пациента составлял 74 года, причиной смерти являлась острая сердечнососудистая недостаточность. Гнойно-некротические осложнения наблюдались в 2 случаях. Среди пациентов группы (2), которым не выполнялась лапароскопическая декомпрессия ($n=13$), летальные исходы наблюдались в 1 случае, в раннюю фазу заболевания, у пациента отмечалось позднее поступление в стационар (7 суток), гнойно-некротические осложнения наблюдались в 1 случае. При анализе летальности среди пациентов с лапароскопической декомпрессией в группе 1 и группе 2, при исключении пациентов с поздним поступлением, составляет 4,1% (1 пациент, причиной смерти которого стала декомпенсация

сопутствующей патологии). Гнойно-некротические осложнения у пациентов с лапароскопической декомпрессией забрюшинной клетчатки наблюдались в 2 случаях (8,3%) и только у пациентов из группы 2. Таким образом, можно предполагать, что лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки может являться методом снижения летальности в раннюю фазу острого панкреатита, а так же является методом профилактики и уменьшения объема гнойно-некротических осложнений у пациентов с геморрагической формой ферментативного парапанкреатита. По мнению авторов, метод представляется перспективным и требует дальнейшего изучения.

26. Бариатрическая хирургия в лечении больных с крайними формами ожирения. Обзор

*Мицинский М.А.(2), Мицинская А.И.(2),
Фишман М.Б.(1), Лодыгин А.В.(2,3), Ахметов
А.Д.(2,3)*

Санкт-Петербург

- 1) Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени И.П. Павлова, кафедра факультетской хирургии
- 2) Санкт-Петербургский Государственный Университет, Медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии
- 3) ФГБУЗ ФМБА РФ «Клиничес

Актуальность. Бариатрические операции являются относительно безопасным и эффективным методом лечения пациентов с ожирением. При этом пациенты с супер- (ИМТ>50 кг/м²) и супер-супер-ожирением (ИМТ>60 кг/м²) представляют собой особую группу бариатрических больных, что предопределяет индивидуальную тактику их ведения и лечения. Тем не менее, отсутствуют крупные литературные обзоры, касающиеся вопроса выбора оптимальной тактики хирургического лечения при крайних формах ожирения. Цель исследования. Оценка эффективности бариатрических вмешательств в лечении больных с крайними формами ожирения

по данным литературы. Материалы и методы. Проведен анализ литературных источников, касающихся вопроса выбора оптимальной тактики хирургического лечения при супер-ожирении. По результатам поиска (PubMed, Clinical Key, Springer) найдено 53 работы, изданные в период с 2006 по 2018 годы. 5 работ исключены ввиду низкого качества исследований. На основании этих данных изучен вопрос выбора наиболее эффективного типа бариатрического вмешательства при супер- и супер-супер-ожирении. Результаты. У больных с крайними формами ожирения большинством авторов рекомендуется в качестве хирургического этапа лечения отдавать предпочтение комбинированным вмешательствам, что связывается с более эффективным воздействием на массу тела и коморбидную патологию. В случае наличия экстремального (супер-супер-) ожирения (ИМТ >60 кг/м²) часто предлагается двухэтапное лечение. На первом этапе – рестриктивное вмешательство, затем (после полной стабилизации массы тела) – мальабсорбтивное. При этом большинством авторов признается необходимость предоперационного снижения массы тела (консервативно или с установкой внутрижелудочного баллона) при наличии супер-супер-ожирения (ИМТ >60 кг/м²). Выводы. Бариатрические вмешательства обладают высокой эффективностью в лечении крайних форм ожирения, при этом необходимо проведение дальнейших исследований.

27. Гибридные технологии в лечении осложнений и последствий перенесенного тяжелого острого панкреатита

Осокин Г.Ю.1,2., Яковенко И.Ю.2., Докшоков Г.Р.1,
Струсов В.В.2, Желябин Д.Г.1, Волченков А.В.1.,
Левкин Е.И.2., Колобаев Д.А.2, Мамалыгина Л.А.2

Москва

1. Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на ст. Люблино МЖД ОАО «РЖД»
2. Кафедра общей хирургии МГМСУ

В последние годы отмечается неуклонный рост больных с тяжелыми деструктивными поражениями поджелудочной железы и постнекротическими осложнениями этого заболевания. Именно эта категория пациентов дает высокие цифры послеоперационной летальности, требует огромных моральных и материальных затрат на лечение. Мы хотели бы поделиться успешным опытом лечения такого грозного осложнения деструктивного панкреатита, как кровотечения, с использованием современных возможностей эндоваскулярной рентгенхирургии в сочетании с традиционными хирургическими методиками лечения панкреонекроза, в том числе малоинвазивными. Частота встречаемости кровотечения при гнойно-дегенеративных осложнениях панкреонекроза колеблется от 3% до 18%, однако летальность при возникновении этого вида осложнения, особенно при его рецидивах, составляет 82 – 94%. (Затевахин И.И. и соавт. 2007 г., Mark de Moya et al 2010 г.). Постнекротические кисты поджелудочной железы осложняются кровотечением в 3% случаев (от 0,04 до 7,5%) (Курыгин А.А. и соавт. 2001 г). Чаще это аррозийное кровотечение в просвет кисты, либо в просвет желудочно-кишечного тракта через самопроизвольно сформированный внутренний свищ. В 2013 году в нашей клинике открыто отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения, где выполняется широкий спектр эндоваскулярных вмешательств. Операции проводятся в рентгеноперационной, оборудованной и оснащенной в соответствии с современными требованиями к операционному блоку на ангиографе Philips Allura CV 20. С 2013 по 2018 гг. среди всех пролеченных больных с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита и его последствиями кровотечения возникли у 4 пациентов, что составило 5,3%. Три

пациента доставлены в тяжелом состоянии из других лечебных учреждений и регионов, где им уже были выполнены операции на брюшной полости или проведен безрезультатный диагностический поиск источника кровотечения. Возраст больных от 40 до 62 лет, мужчин - 3, женщина - 1. Один больной доставлен в тяжелом состоянии, с клиникой выраженной интоксикации, прогрессирующей полиорганной недостаточности, которому ранее была выполнена лапаротомия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. По данным УЗИ и МСКТ – массивный парапанкреатический инфильтрат, жидкостные скопления в сальниковой сумке объемом до 200 мл. Второй пациент поступил с клиникой перенесенного гнойно-деструктивного панкреатита, инфицированной псевдокистой поджелудочной железы с множественными сформированными секвестрами, что подтверждено данными сонографического обследования и МСКТ. Выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки дренажами типа Пенроуза. В обоих случаях течение раннего послеоперационного периода осложнилось массивным аррозийным кровотечением из раны (у первого пациента на 7, у второго на 3 – и сутки). Источник кровотечения в обоих случаях верхняя передняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия. Выполнена предварительная тампонада раны и срочная ангиография: доступ правосторонний бедренный, пункция правой общей бедренной артерии, обзорная ангиография брюшного отдела аорты, селективная катетеризация чревного ствола, селективная ангиография общей печеночной артерии, ангиограмма верхней передней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии (в одном случае визуализируется культя с тромбом – источник кровотечения, в другом - экставазация контраста). Проведена селективная катетеризация поджелудочно-двенадцатиперстной артерии микрокатетером и установка спиралей в верхнюю переднюю поджелудочно-двенадцатиперстную артерию, контрольная ангиография – артерия не контрастируется (гемостаз). Оба пациента выписаны. В последующем у первого больного выполнена этапная некрсеквестрэктомия. Сформировался толстокишечный свищ, попытки консервативной терапии безуспешны - наложена илеостома по Торнболлу. Выписан с формирующимся наружным панкреатическим свищом. В последующем свищ зажил, илеостома ликвидирована. Два пациента с постнекротическими псевдокистами поступили с

клинической картиной постгеморрагической анемии, рецидивирующими желудочно-кишечными кровотечениями, источник которых на догоспитальном этапе установить не удалось. У одного больного проведенные в клинике скрининговые ЭГДС и сонография - результата не дали. Срочная МСКТ с контрастированием и 3D реконструкцией – диагностирована постнекротическая псевдокиста ПЖ объемом около 300 – 400 мл. и аневризма селезеночной артерии с кровотечением в полость кисты (в просвете кровь сгустки). У второй пациентки при срочной ЭГДС ошибочно диагностирована «острая язва» средней 1/3 тела желудка с признаками состоявшегося кровотечения. При сонографии обнаружена киста ПЖ, что подтверждено данными МСКТ с дополнительным контрастированием верхних отделов ЖКТ - нельзя исключить наличие внутреннего желудочно-поджелудочного свища. При повторной ЭГДС – эндоскопическая картина внутреннего желудочного свища с признаками рецидивирующего кровотечения. В обоих случаях источник кровотечения – селезеночная артерия. Срочная ангиография: доступ правосторонний бедренный, пункция правой общей бедренной артерии, селективная катетеризация селезеночной артерии направляющим катетером и установка микрокатетера, эмболизация (спиральями) селезеночной артерии, контроль – слабое заполнение селезеночной артерии. Оба пациента выписаны: первому в последующем выполнено чрескожное дренирование полости кисты (удалено около 1700 мл серозной жидкости и гемолизированной крови). Осмотрен через 2,5 месяца - состояние удовлетворительное, при контрольной ангиографии визуализация «спиралей», сохранен магистральный кровоток. Своевременное хирургическое вмешательство и остановка кровотечения, особенно у больных уже перенесших операции по поводу панкреонекроза могут стать трудно выполнимой, а порой и невозможной задачей. Рентгенэндоваскулярные методики позволяют не только локализовать источник кровотечения, но и в большинстве случаев выполнить надежную эмболизацию кровоточащего сосуда с окончательной остановкой кровотечения, или значительно уменьшить его интенсивность, что в сочетании с тампонированием раны, особенно у оперированных пациентов, позволит стабилизировать состояния пациента и подготовить его, при необходимости, к открытой операции для обеспечения гемостаза. В случае профузного раннего или позднего постоперационного кровотечения, особенно на фоне выраженных

инфильтративных изменений окружающих тканей, тугое тампонирующее с последующим эндоваскулярным вмешательством и эмболизацией сосуда может стать единственно возможным способом остановки кровотечения.

28. Сравнительный анализ различных способов фиксации сетчатых имплантатов при трансабдоминальной перитонеальной герниопластике

Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Чистяков Д.Б., Заркуа Н.Э., Тондзе В.В.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,
Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского

Ежегодно в мире по поводу паховых грыж производится более 16 миллионов операций. Основной задачей оперативного лечения грыжи является - обеспечение безопасного выздоровления с низкой частотой рецидива. В последние десятилетия, помимо рецидивов, критерием оценки качественно выполненной герниопластики стал уровень качества жизни, в частности - послеоперационная абдоминальная боль. Цель улучшить результаты лечения пациентов с паховыми грыжами путем оптимизации способов фиксации сетчатого имплантата. Материал и методы. В исследование включены 98 пациентов мужского пола, прооперированные с 2014 по 2017 г. на базе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова в КБ №122 им. Л.Г. Соколова. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, индексу массы тела (ИМТ), наличию сопутствующих заболеваний. I группа – 48 пац. которым выполнена эндовидеохирургическая герниопластика по методике TAPP с фиксацией имплантата клеем и устранением дефекта брюшины нитью V-Loc, II группа – 50 пац. которым выполнена TAPP с механической фиксацией сетки, и устранением дефекта брюшины, герниостеплером фирмы “Ethicon”. Средний возраст в I группе составил 43±2

года, а во II - $42 \pm 3,5$ года. В I группе ИМТ в среднем составил 28 ± 2 кг/м², а во II 27 ± 3 кг/м². В послеоперационном периоде уровень абдоминальной боли оценивался по визуально-аналоговой шкале интенсивности боли через 2, 4, 6, 12, 24, 48, 72, 96 и 120 ч после операции. Произведена оценка качества жизни по опроснику SF-36. Сроки проведения опроса: 1) через 1 месяц после оперативного вмешательства, 2) 3 месяца, 3) 6 месяцев, и 4) 12 месяцев. Произведен УЗИ контроль п/о области на 1-е, 3-и и 7-е сутки после проведения операции. Полученные результаты. Средний период послеоперационного наблюдения составил – 29 месяцев, от 1 года до 4 лет. Проведя анализ послеоперационной абдоминальной боли мы увидели существенные различия уже через 12 часов после герниопластики, так в I группе - болевой синдром составил $1,9 \pm 1,2$ и при этом применение наркотических анальгетиков не требовалось, в то время как во II группе – $4,4 \pm 2,4$ бала, что в 2,3 и более раза выше, чем в I группе, так же пациентам с фиксацией имплантата степлером в нескольких случаях потребовалось назначение наркотических анальгетиков. В послеоперационном периоде в I группе – гематомы паховой области - 1 сл. (2,08%), серомы - 3 сл. (6,25%). Во второй группе встречались гораздо чаще, наиболее частыми были гематомы - 3 сл. (6 %), серомы - 2 сл. (4%), невралгия - 1 случая (2 %) и парестезия - 1 случай (2%). Гематомы и скопления серозной жидкости ликвидировали пункционно. Количество пункций варьировало от 1 до 3. Рецидивов, летальных исходов не было. При оценке качества жизни у пациентов обеих групп было выявлено, что при проведении опроса через 6 месяцев и через год после операции, показатели качества жизни по опроснику SF-36 статистически не различались. Болевые ощущения в области операции у пациентов с клеевой фиксацией ($84 \pm 3,06$) при опросе через 1 месяц после операции в среднем в 1.14 раз достоверно ниже, чем у пациентов со степлерным методом фиксации ($75 \pm 1,5$). А через 3 месяца после операции те же болевые ощущения в группе с клеем ($98 \pm 1,54$) в среднем в 1.11 раз достоверно ниже, чем при фиксации степлером. Во всех остальных компонентах, как в физических, так и в психологических на период 1 и 3 месяцев после перенесенной операции в группе с клеевой фиксацией качество жизни достовернее выше в 1,14 – 1,28 раза. Средняя продолжительность койко-дня в I группе составила - 2,2 дня, в то время как во II длительность пребывания в стационаре была гораздо выше – 3,8 дня. Выводы: Трансабдоминальная перитонеальная

герниопластика в сочетании с применением клеевой композиции для фиксации сетчатого имплантата достоверно улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде - снижает болевой синдром, способствует ранней выписки из стационара и более быстрому восстановлению трудоспособности, а также возможности вести привычный активный образ жизни.

29. Результаты эндоскопической полипэктомии ворсинчатых новообразований ободочной и прямой кишки

Жариков А.Н. (1), Мохин В.В. (2),
Трубочников И.В. (2), Музаферов Д.Р. (1),
Кулушпаев Э.Р. (1)

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России
- 2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Цель работы: определить показания и технологию эндоскопической полипэктомии при ворсинчатых опухолях ободочной и прямой кишки. Материалы и методы. Проведен анализ эндоскопического лечения 66 больных с ворсинчатыми новообразованиями ободочной и прямой кишки с 2016 по 2018 год. Мужчин – 18, женщин – 48. Средний возраст составил $65,5 \pm 1,3$ лет. Все пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение. Для проведения эндоскопических операций использовались видеоколоноскопы «Pentax» (EC-3490 Li, EC -3890Fi2). Доброкачественный характер всех новообразований подтвержден морфологически. Наиболее частая локализация опухолей отмечена в сигмовидной кишке – 37 (56,1%), а также в прямой кишке – 12 (18,2%), слепой кишке – 4 (6,1%), восходящей ободочной кишке – 10 (15,2%), нисходящей ободочной кишке – 3 (4,5%). Размеры новообразований варьировали от 1,2 до 7 см, в среднем $3,7 \pm 0,2$ см. Результаты. Эндоскопическая полипэктомия ворсинчатых новообразований до 3 см у 48 (72,7%) больных проводилась одномоментно петлевым электродом с

использованием диатермокоагуляции (Фотек Е352) и в ряде случаев, если имелась сосудистая ножка с предварительным наложением эндоскопической петли НХ-400U-30. Из них, раннее кровотечение из ложа удаленной опухоли возникло у 6 (12,5%) больных и позднее у 2 (4,2%). Эти осложнения в основном были при удалении стелющихся широких ворсин вместе со слизистой оболочкой ободочной кишки. Для остановки кровотечения использовались различные варианты эндоскопического гемостаза: инъекции адреналина, коагуляция в режиме «спрей», аргонплазменная коагуляция, наложение нескольких клипс НХ-610-135 «Olympus». У 26 (39,4%) больных во время исследования обнаружены дополнительные полипы в других отделах ободочной кишки, что потребовало проведения манипуляций по их удалению. Большие новообразования у 18 (27,3%) больных (4 – восходящая ободочная кишка, 8 – сигмовидная кишка, 6 – прямая кишка) удалялись под наркозом путем одномоментной фрагментарной резекции (опухоли от 3 до 5 см) или поэтапно за 2-3 эндоскопических манипуляции (опухоли более 5 см) с использованием петлевых электродов, аргонплазменной коагуляции, клипирования. В 2 (11,1%) случаях удаления крупных новообразований возникли ранние кровотечения, которые успешно были остановлены с помощью аргонплазменной коагуляции. При опухолях, занимающих более 2/3 просвета кишки, пациентам рекомендовалось оперативное лечение. Средний койко-день составил $5,6 \pm 1,2$ дней. Перфораций ободочной кишки не было. Выводы. Таким образом, эндоскопическая полипэктомия ворсинчатых опухолей ободочной и прямой кишки до 3 см в диаметре с помощью диатермической петли является эффективным малоинвазивным методом хирургического лечения и сопровождается небольшим количеством осложнений. При эндоскопической полипэктомии крупных новообразований (более 3 см) хорошие результаты достигаются путем их фрагментарного или поэтапного удаления. При протяженных опухолях, занимающих более 2/3 диаметра ободочной кишки предпочтение следует отдавать традиционному хирургическому лечению.

30. Вариант обработки культи червеобразного отростка слепой кишки при видеоассистированной аппендэктомии

Каплунов К.О., Мяконький Р.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Окончательная диагностика острого аппендицита должна осуществляться посредством рутинной диагностической лапароскопии, которая при необходимости может закончиться лапароскопической или видеоассистированной, или же «классической» - открытой аппендэктомией. Обязательным условием выполнения лапароскопической аппендэктомии является наличие у оперирующего хирурга базовых эндоскопических навыков, в то время как видеоассистированную аппендэктомию способен выполнить даже начинающий хирург. Проведя диагностическую лапароскопию и выявив признаки острого аппендицита, хирург, в том числе и начинающий, легко может перейти к выполнению видеоассистированной аппендэктомии. Суть вмешательства заключается в наложении контрапертуры в правой подвздошной области, введение в нее зажима Микулича, которым необходимо захватить верхушки аппендикса, осуществив ее экстракорпоральное выведение, с последующим расширением контрапертуры, переведя ее в оперативный доступ. При этом разрез в правой подвздошной области, достаточный для выполнения аппендэктомии, у пациентов без ожирения, как правило, может составлять не более 3 см. Нужно обратить внимание, что обработка культи аппендикса является наиболее ответственным этапом оперативного приема. Основная ее цель заключается в достижении гемостаза и профилактики инфицирования окружающих тканей. Кроме того, именно от способа обработки культи червеобразного отростка слепой кишки (потенциальных технических трудностей при ее выполнении) во многом зависит величина разреза передней брюшной стенки, а значит и объем операционной травмы. Обработка культи аппендикса может осуществляться лигатурным или погружным способом, последний в аспекте профилактики послеоперационных инфекционных осложнений более предпочтителен. Лигатурный способ обработки культи аппендикса,

закрывающийся в том, что культя аппендикса перевязывается нерассасывающимся шовным материалом (разобщение просвета толстой кишки со свободной брюшной полостью), обрабатывается 5% спиртовым раствором йода и/или коагулируется слизистая, культя не погружается в стенку кишки (Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов, 1980). В свою очередь погружной способ обработки культи аппендикса подразумевает перевязку культи рассасывающимся шовным материалом (с целью опорожнения возможного микроабсцесса культи в полость толстой кишки) у ее основания с погружением в стенку слепой кишки кисетным и Z-образным швом (В.И. Колесов, 1972). К.К. Федоровым (1994) предложен способ обработки культи аппендикса путем ее погружения в кисетный шов без наложения лигатуры. Однако при этом способе нередко возникают технические трудности при погружении неперевязанной культи в слепую кишку, следовательно, повышается риск инфицирования передней брюшной стенки и брюшной полости. Сохранение принципа малоинвазивности и достижение хорошего косметического эффекта при выполнении видеоассистированной аппендэктомии может быть достигнуто с использованием предлагаемого нами нового погружного способа обработки культи аппендикса. Материал и методы. В 2018 г. нами предложена методика нового погружного способа обработки культи червеобразного отростка слепой кишки при выполнении видеоассистированной аппендэктомии у взрослых. Суть метода заключается в следующем, после выведения червеобразного отростка в минилапаротомную рану правой подвздошной области производится классическая аппендэктомия. У верхушки отростка на его брыжейку накладывается зажим. У основания червеобразного отростка брыжейка перфорируется с помощью зажима. Через образовавшееся отверстие брыжейка аппендикса пережимается с помощью кровоостанавливающего зажима, отсекается и перевязывается нерассасывающейся нитью, пересекается. При отечной или мясистой брыжейке ее следует перевязывать и пересекать порционно с помощью наложения нескольких зажимов. Затем у основания отростка накладывают зажим и отпускают его. При этом на стенке червеобразного отростка образуется бороздка. В области этой бороздки накладывается рассасывающаяся лигатура, выше которой на аппендикс накладывается зажим, производится аппендэктомия. Предлагаемый нами способ обработки культи аппендикса заключается в следующем, после перевязки и отсечения

аппендикса, оставшаяся культя обрабатывается 70% раствором этилового спирта, затем сухим тампоном и точно коагулируется слизистая культи (профилактика микроабсцедирования) после чего лигатурой, находящейся на культе червеобразного отростка, отступив по 1,0 см с каждой стороны, от культи накладывается Z-образный серозно-мышечный шов, в который и погружается культя. Происходит как бы «схлопывание» тканей купола слепой кишки над культей. Таким образом, при размере культи аппендикса 0,5 см, над ней образуется серо-серозный карман размером 1,0 см, образованный куполом слепой кишки. После обработки культи аппендикса предлагаемым способом, происходит адгезия серозы с надежной фиксацией культи отростка в стенке слепой кишки. Наложение на купол слепой кишки дополнительного Z-образного или кисетного шва не требуется. Купол слепой кишки погружается в брюшную полость, выполняется обработка раны 3% раствором перекиси водорода и/или 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата (профилактика нагноения раны), рана осушается. С помощью эндоскопа производится заключительная инспекция брюшной полости с последующим извлечением эндоскопических инструментов. Контроль гемостаза. Ушивание ран. Наложение асептических повязок. Полученные результаты и обсуждение. Предложенный метод экстракорпоральной обработки культи аппендикса при видеоассистированной аппендэктомии при неосложненных формах острого аппендицита легко воспроизводим, позволяет минимизировать интраоперационную травматизацию слепой кишки и передней брюшной стенки, препятствует инфицированию наружных и внутренних тканей живота. Он легко воспроизводим, не требует дополнительного технического оснащения и навыков. Опыт относительно немногочисленных наблюдений (60 операций) применения предлагаемой методики побуждает к позитивной оценке ее возможностей и перспективности. Все это позволяет рекомендовать использование обработки культи аппендикса по указанному методу, как при видеоассистированной, так и открытой аппендэктомии. Выводы. Видеоассистированная аппендэктомия обладает всеми преимуществами малоинвазивного вмешательства, в тоже время, она является менее сложной по сравнению с лапароскопической аппендэктомией. Существует убежденность в том, что использование приведенной методики, как части рутинного оперативного приема, позволит накопить и проанализировать отдаленные ее

результаты в формате многоцентровых исследований. Рекомендации. Приведенная методика обработки культи аппендикса должна быть доступна для ознакомления при обучении студентов медицинских вузов, ординаторов и курсантов хирургического профиля. Ее применение может учитывать при разработке алгоритмов и рекомендаций лечения пациентов с острым аппендицитом.

31. Варианты экстраперитонеальной пластики паховых грыж

*Поляков А.А., Михин И.В., Косивцов О.А.,
Рясков Л.А.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Развитие хирургии и эндоскопических технологий позволило взглянуть на паховые грыжи с другой стороны и перейти к патогенетически обоснованным малоинвазивным способам лечения. Преперитонеальное расположение импланта является самым удачным из всех видов паховых герниопластик, основанным на работах R. Stoppa (1969), доказавшего, что радикальное лечение паховых грыж не требует закрытия собственно дефекта брюшной стенки, а искусственный барьер в виде сетчатого протеза удерживается на месте благодаря внутрибрюшному давлению в соответствии с законом Паскаля. В клинической практике в основном применяется трансабдоминальная преперитонеальная пластика (TAPP), а экстраперитонеальная (TEP) значительно реже, из-за своей не столько сложности, сколько более длительной кривой обучения. Модификацией классической TEP является экстраперитонеальная пластика по методике e-TEP (Extended-View-TEP). С 2015 года мы выполнили 208 эндоскопических паховых герниопластик у 165 больных: трансабдоминально - 149 (71,6 %), экстраперитонеально - 59 (28,4%) операций. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 90 лет. Из них у 43 (26,1%) имелись двусторонние

паховые грыжи: у 15 - двусторонние прямые, у 14 - двусторонние косые, у 8 - двусторонние сочетанные, у 4 - панталонная и косая, у 2 - панталонная и прямая. Оккультные грыжи во время оперативного вмешательства выявлены у 8 (4,8%) пациентов: в 1 случае бедренная и контралатеральная косая, в 3 случаях - запирающая, в 1 случае бедренная и запирающая грыжи и в 3 - контралатеральная паховая грыжа. Мужчин было 154 (93,3%), женщин 11 (6,7%). При двусторонних грыжах вмешательство проводили одномоментно. TAPP выполнили 149 (71,6%) раз у 120 (72,7%) больных, из которых у 29 - паховые грыжи были двусторонними. Ещё у 7 (5,8%) из 120 больных TAPP аллогерниопластику выполнили по поводу рецидивных паховых грыж: у 5 из них был выявлен дефект в медиальной паховой ямке, причем 1 пациент был с двусторонней рецидивной грыжей, у 2 - в латеральной паховой ямке. По технологии TEP выполнили 59 (28,4%) аллогерниопластик у 45 (27,3%) больных, причем по классической методике 20 (33,9%) операций, а по методике e-TEP 38 (64,4%) операций, из которых в 13 случаях грыжа была первичной двусторонней, в 1 - рецидивная косая паховая грыжа, в 1 - двусторонняя первичная косая справа и рецидивная косая слева, после перенесенной срединной лапаротомии и открытой аденомэктомии. Рабочее пространство при экстраперитонеальном варианте формировали как с помощью баллон-диссектора, так и с помощью оптики лапароскопа с установкой рабочих 5 мм троакаров по срединной линии или по принципу триангуляции. E-TEP является альтернативой малоинвазивного вмешательства у больных с ранее перенесенными открытыми вмешательствами: у 8 пациентов успешно выполнена экстраперитонеальная пластика после перенесенных срединных и ниже-срединных лапаротомий, в 2 случаях метод использован при невправимых грыжах. Нами осваивается еще один вариант экстраперитонеальной пластики с использованием одним хирургом 2 троакаров: оптического и одного рабочего, который выполнен у 1 (1,7%) пациента с прямой паховой грыжей. У 2 пациентов при TAPP были выполнены симультанные вмешательства: у 1 - перевязка левой яичковой вены по поводу варикоцеле, у 1 - пластика IPOM plus по поводу послеоперационной грыжи M2-3W2. При экстраперитонеальном способе грыжесечения по варианту e-TEP при паховой грыже одномоментно выполнена экстраперитонеальная пластика невправимой грыжи белой линии живота и пупочной грыжи, причем интраоперационной находкой стала еще и грыжа запирающего

отверстия. По нашему мнению, только минимальный размер сетки 15х12 см может перекрыть четырехугольник: медиальную и латеральную паховые ямки, вход в бедренный канал и запирающее отверстие. В случаях с грыжевым дефектом более 3 см (МЗ, L3) увеличиваем размер импланта, до максимальных при гигантской пахово-мошоночной грыже 15х20 см. Принципиальных отличий от способов и методов фиксации при трансабдоминальном или экстраперитонеальном доступах нет. При фиксации сетки герниостеплером, применяли редуцированную схему с использованием 1-3 спиралевидных титановых фиксаторов. Считаем обязательной фиксацию имплантов при больших дефектах МЗ L3 (EHS), а также при комбинированных, двусторонних и рецидивных грыжах. В 25 случаях фиксацию импланта выполнили медицинским клеем «Сульфакрилат» с расходом 1мл на одну операцию. Оценка болевого синдрома по шкале ВАШ в раннем послеоперационном периоде после трансабдоминального доступа в первые сутки составляла 4-6 баллов, после экстраперитонеального 2-5 баллов. Активизацию больных проводили в первые часы, все пациенты были готовы к выписке на следующий день. Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 3 лет выполнено у 118 (71,5%) пациентов, рецидивов не выявлено. Летальных исходов не было. Таким образом, в нашей практике трансабдоминальный способ постепенно замещается экстраперитонеальным по варианту e-TER, который открывает большие возможности симультанных операции при грыжах брюшной стенки различной локализации, являясь с нашей точки зрения технически более простым и удобным для хирурга, безопасным и наименее травматичным для пациента.

32.Опыт применения принципов фаст-трек в бариатрической хирургии

*Фишман М.Б.(1), Мицинская А.И.(2),
Мицинский М.А.(2), Кащенко В.А.(2,3),
Лодыгин А.В.(2,3), Ахметов А.Д.(3)*

Санкт-Петербург

- 1.Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени И.П. Павлова, кафедра факультетской хирургии
- 2.Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии
3. ФГБУЗ ФМБА РФ «Клиничес

Актуальность. Протоколы фаст-трек показали свою эффективность по результатам целого ряда крупных исследований. Однако частота их применения и эффективность при ведении бариатрических пациентов нуждаются в оценке. Цели работы. Целями данной работы стали: оценка частоты применения протоколов фаст-трек в клиниках Санкт-Петербурга, анализ их использования при ведении бариатрических пациентов и оценка эффективности бариатрических операций в контексте ведения пациентов согласно протоколам фаст-трек. Материал и методы. В исследовании приняли участие 36 хирургов и 32 анестезиолога. Был проведен опрос, оценивающий применение протоколов фаст-трек в рутинной клинической практике. Также произведена оценка данных 1225 пациентов, которым были выполнены различные типы лапароскопических бариатрических вмешательств. В 378 случаях (30,8%) были выявлены признаки метаболического синдрома и различных степеней ожирения у 847 пациентов (69,4%). Всего было выполнено 281 (23%) лапароскопических регулируемых бандажирований желудка, 522 (42,6%) лапароскопических продольных резекций желудка, 342 (27,9%) лапароскопических желудочных шунтирований, 14 (1,1%) лапароскопических билиопанкреатических шунтирований. В 66 (6,3%) выполнялась имплантация внутривентрикулярного баллона. Была произведена оценка эффективности лечения с учетом параметров в следующие временные промежутки: исходные данные, через 3 месяца, 1 год, 3 года, 5 лет, 10 лет после операции. Произведена оценка ИМТ, уровня АД, липидного спектра, Ка, уровня глюкозы, инсулина, С-пептида, HbA1c, индекса НОМА, % EBMI. Также оценены

такие параметры, как уровень адипокинов (лептин, адипонектин), гастроинтестинальных гормонов (грелин, GIP, GLP-1) в течение 3 лет. Выполнен статистический анализ опроса и клинических данных (тип операции, пол, возраст, результаты наблюдения). Результаты. Более 50% респондентов используют протоколы фаст-трек в клинической практике. Каждый бариатрический пациент проходит лечение в клиниках согласно протоколам фаст-трек. Эффективность оперативных вмешательств у пациентов, при лечении которых использованы протоколы фаст-трек, зависит от целого ряда факторов. После ЛПРЖ и ЛЖШ максимальная потеря массы тела наблюдается в течение 1 года после операции и несколько снижается в течение последующих 3-5 лет. Максимальная эффективность наблюдается у 78% пациентов с ИМТ выше 48 кг/м² без метаболического синдрома. После ЛБПШ максимальная потеря массы тела наблюдается в течение первых 1,5 лет после операции. Результат сохраняется в течение всего периода наблюдения. При этом отмечена неопровержимая эффективность применения протоколов фаст-трек у бариатрических пациентов по ряду стандартизированных критериев. Заключение. 1) Протоколы фаст-трек используются в рутинной клинической практике более 50% докторов. 2) Каждый пациент, которому выполняется бариатрическая операция, проходит лечение согласно протоколам фаст-трек. 3) Использование протоколов фаст-трек у бариатрических пациентов показало свою эффективность и должно быть внедрено в рутинную клиническую практику.

33. Первые результаты применения «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа для операций на щитовидной железе

*Мамиствалов М.Ш., Емельянов С.И.,
Курганов И.А., Богданов Д.Ю.,
Лукьянченко Д.В.*

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. В настоящее время «безгазовый» аксиллярный эндоскопический доступ, который также иногда именуют «единым», можно считать, по данным мировой литературы, одним из наиболее распространенных видов оперативного доступа для эндовидеохирургических вмешательств на щитовидной железе. К преимуществам данного подхода относятся: техническое упрощение этапа достижения зоны хирургического интереса; отсутствие необходимости в инсуффляции углекислого газа для поддержания объема рабочей полости, что позволяет избежать риска развития ряда специфических осложнений. Проведенные нами ранее экспериментальные сравнительные исследования экстрацервикальных эндоскопических доступов к щитовидной железе позволили провести клиническое внедрение данного оперативного доступа и получить первые результаты. Цель исследования. Проанализировать первые результаты клинического применения «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа для выполнения операций у пациентов с патологией щитовидной железы. Материалы и методы. Нами были изучены результаты выполнения операций на щитовидной железе посредством вышеуказанного оперативного доступа у 11 пациентов (2 мужчин и 9 женщин). Средний возраст пациентов составил 38,9±10,3 года. В 8 случаях (72,7%) операция была выполнена по поводу узлового коллоидного зоба, при больших размерах узла (узлов) и его росте по данным наблюдения; в 3 случаях (27,3%) – по поводу аденомы щитовидной железы. Во всех случаях у пациентов отмечалось эутиреоидное состояние. Средний размер узла по данным предоперационной диагностики составил 4,3±1,2 см; максимальный размер достигал 5,7 см. Объем всех выполненных операций был ограничен гемитиреоидэктомией, что соответствовало показаниям к объему операции у пациентов, а

также представляло собой техническое ограничение выбранного доступа. 7 операций (63,6%) было выполнено слева, справа – 4 операции (36,4%). Результаты. Среднее время выполненных операций составило $173,4 \pm 62,7$ минут. Основопологающий этап операции посредством данного оперативного доступа – создание оперативного доступа к щитовидной железе – в среднем занимал $118,3 \pm 49,5$ минут. В 1 случае (9,1%) было зафиксировано интраоперационное осложнение в виде перфорации кожных покровов в области ключицы на стороне операции, при создании субфасциального туннеля для доступа к щитовидной железе. В 5 случаях (45,5%) у пациентов в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены явления плексита плечевого сплетения на стороне выполнения операции, которые проявлялись парестезиями и частичной потерей кожной чувствительности в дистальных отделах верхней конечности. Явления плексита во всех случаях полностью разрешились в течение первых суток после операции, самостоятельно или при медикаментозной поддержке. Мы связываем развитие плекситов у оперированных больных с длительным вынужденным положением верхней конечности на стороне выполнения операции и ожидаем значительного сокращения частоты развития плекситов по мере накопления практического опыта и сокращения длительности операций. Тяжелых специфических осложнений, в виде повреждения возвратного гортанного нерва и послеоперационного гипопаратиреоза, зафиксировано не было. Также не было выявлено ни одного случая развития послеоперационных сером в области диссекции тканей при создании субфасциального туннеля; средний срок дренирования послеоперационной раны составил $3,6 \pm 0,5$ суток. Среднее количество отделяемого по дренажу составило $207,5 \pm 58,2$ мл. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре была равна $6,7 \pm 1,4$ суток. Выводы. «Безгазовый» аксиллярный эндоскопический доступ для операций на щитовидной железе обеспечивает техническую возможность эффективного и безопасного выполнения оперативных вмешательств в объеме гемитиреоидэктомии, что подтверждается отсутствием в наших наблюдениях тяжелых, специфических для тиреоидной хирургии, осложнений. Дальнейшее накопление практического опыта позволяет ожидать сокращения времени выполнения операций и снижения общей частоты осложнений.

34. Паратиреоидэктомия посредством «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа у пациентов с первичным гиперпаратиреозом

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

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. На сегодняшний день следует констатировать тот факт, что малоинвазивные операции при патологии околощитовидных желез выполняются довольно редко. При этом наиболее распространенной методикой является минимально инвазивная видео-ассистированная паратиреоидэктомия, которая характеризуется как преимуществами, так и определенными недостатками, например сохранением послеоперационного рубца на передней поверхности шеи. Следует отметить, что экстрацервикальные эндоскопические доступы, как другой вариант развития малоинвазивной паратиреоидной хирургии, лишены данного недостатка и представляются перспективными, в том числе «безгазовый» аксиллярный эндоскопический доступ. Цель исследования. Изучить первый собственный опыт выполнения паратиреоидэктомии посредством «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа у пациентов с первичным гиперпаратиреозом. Материалы и методы. Наш собственный опыт основан на результатах выполнения паратиреоидэктомии посредством данного доступа у 6 пациентов с первичным гиперпаратиреозом – 5 женщин (83,3%) и 1 мужчина (16,7%). У всех пациентов имела место одиночная аденома (по данным предоперационной топической диагностики) околощитовидной железы с левосторонней (2 случая – 33,3%) или правосторонней (4 случая – 66,7%) локализацией. Средний размер аденом составил $1,93 \pm 1,1$ см. Средний дооперационный уровень общего кальция в крови пациентов был равен $2,88 \pm 0,31$ ммоль/л; паратиреоидного гормона – $327,3 \pm 162,4$ нг/л. Все операции были выполнены из одностороннего аксиллярного доступа с введением ретрактора, эндоскопа и двух инструментов. Результаты. Продолжительность оперативных вмешательств составила в среднем $145,3 \pm 77,8$ минут, основную

длительность операций занимал этап создания доступа к зоне хирургического интереса. У 2 пациентов (33,3%) в раннем послеоперационном периоде были зафиксированы явления плексита на стороне выполнения операции, связанные с вынужденным положением верхней конечности. Пациенты жаловались на явления парестезии и частичные нарушения чувствительности в области кистей и пальцев рук. Данные симптомы разрешились самостоятельно, в течение 1-х суток послеоперационного периода. Иных осложнений, в том числе парезов гортани, длительной послеоперационной гипокальциемии, сером в области послеоперационной раны и зоны доступа, отмечено не было. Срок стояния дренажа в области операции (в подмышечной области) в среднем был равен $3,2 \pm 0,8$ суток; средний общий объем отделяемого – $151,7 \pm 63,7$ мл; средняя длительность госпитализации больных – $6,5 \pm 1,6$ суток. У всех пациентов по итогам послеоперационного лабораторного обследования была зафиксирована нормализация показателей концентрации кальция в крови и паратиреоидного гормона. Все пациенты субъективно оценили эстетический результат операций на 5 баллов по 5-ти бальной шкале. Выводы. Минимально инвазивная паратиреоидэктомия посредством «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа у пациентов с первичным гиперпаратиреозом представляет собой эффективное и безопасное оперативное вмешательство. Однако, техническим ограничением методики является возможность проведения только односторонней ревизии типичных зон расположения околощитовидных желез, что требует особого внимания к предоперационной топической диагностике и ограничивает возможность применения данного доступа у пациентов с множественными аденомами и вторичным гиперпаратиреозом.

35. Возможности и результаты выполнения методики эндоскопического лигирования при продолжающемся кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

Самсонов Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Емельянов С.И.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. У пациентов с варикозно расширенными венами (ВРВ) пищевода в 30% случаев возникают массивные кровотечения из них, которые приводят в 30-50% случаев к летальному исходу после первого эпизода кровотечения. На сегодняшний день приняты международные рекомендации по лечению больных с продолжающимся кровотечением из ВРВ пищевода и желудка (Baveno VI, 2015 год). Согласно данным рекомендациям эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) при продолжающемся кровотечении проводится в момент госпитализации в стационар. Установка баллонного зонда Блэкмора используется как временная мера гемостаза, а наиболее эффективным вмешательством с целью окончательного гемостаза является эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода с последующим применением неселективных бета-адреноблокаторов. С другой стороны, общепринятым фактом считается, что провести эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода на «высоте» кровотечения крайне сложно по техническим причинам (недостаточный операционный обзор, вследствие чего визуализация источника кровотечения затруднительна), что может повлиять на безопасность операции в виду невозможности соблюдения правильной техники эндоскопического лигирования ВРВ пищевода. Цель исследования. Определить возможность и целесообразность выполнения эндоскопического лигирования при продолжающемся кровотечении из ВРВ пищевода; проанализировать результаты выполнения эндоскопического лигирования при продолжающемся кровотечении; исследовать частоту развития ранних и поздних послеоперационных осложнений. Материалы и методы. С 2015 года нами было проведено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода на «высоте» кровотечения 23 пациентам при условии

визуализации источника кровотечения во время первичной ЭГДС. Источник кровотечения в 100% случаев был локализован в нижней трети пищевода (в палисадной зоне). При проведении лигирования первое латексное кольцо сбрасывали на кровоточащий варикозный узел, далее накладывали по 1 латексному кольцу на каждый варикозный ствол, не затрагивая верхнюю треть пищевода. При этом, в общей сложности, накладывали 4 или 5 латексных колец. Результаты. Средний срок госпитализации пациентов составил $13,2 \pm 2,7$ суток, что объяснялось необходимостью стабилизации общего состояния больных в послеоперационном периоде. У 1 пациента (4,3%) был отмечен рецидив кровотечения на 3-е сутки послеоперационного периода в связи с ранним выпадением лигатуры. Повторный гемостаз был успешно достигнут путем установки зонда Блэкмора и проведения консервативных мероприятий. Лихорадка в раннем послеоперационном периоде была отмечена у 2 пациентов (8,7%). Дисфагия и выраженные загрудинные боли отмечались в 8,7% и 13,0% случаев соответственно. У 20 пациентов (87,0%) через 1 месяц после выполнения контрольной ЭГДС была достигнута эрадикация варикозно расширенных вен (средняя степень выраженности ВРВ пищевода составила $1,14 \pm 0,26$). Трем пациентам (13,0%), у которых портальная гипертензия была обусловлена тромбозом вен портальной системы, через 1 месяц был выполнен повторный сеанс эндоскопического лигирования ВРВ пищевода. У 2 пациентов (8,7%) через 1 месяц после операции был выявлен вторичный варикоз желудка I типа. Таким, образом, в 95,7% случаев рецидива кровотечения в течение 1 месяца после выполнения эндоскопического лигирования ВРВ вен пищевода на «высоте» кровотечения отмечено не было. Летальный исход был зафиксирован у 1 пациента (4,3%) на 8-е сутки после операции, в связи с нарастанием полиорганной недостаточности на фоне декомпенсации цирроза печени в виду массивной кровопотери до госпитализации. Выводы. Применение эндоскопического лигирования ВРВ пищевода при продолжающемся кровотечении является безопасным и выполнимым при условии визуализации источника кровотечения, а также приводит к эффективному клиническому и эндоскопическому гемостазу.

36. Результаты применения модифицированной методики эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода в различных клинических ситуациях

Емельянов С.И., Самсонов Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. Несмотря на хорошие результаты применения стандартной методики эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода, возникающие после нее осложнения (интраоперационное или послеоперационное кровотечение, рубцовая стриктура пищевода, вторичный варикоз желудка, послеоперационная гипертермия и дисфагия) могут значительно повлиять на течение послеоперационного периода, а также снизить качество жизни пациентов. В связи с этим нами в клиническую практику было внедрено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода по модифицированной методике, основанной на принципе - «1 кольцо на 1 варикозно расширенный венозный ствол», а также изучены результаты применения данной методики. Цель исследования. Изучить и сравнить результаты хирургического лечения больных с ВРВ пищевода, у которых модифицированная методика эндоскопического лигирования ВРВ была применена в разных клинических ситуациях. Материалы и методы. В период с 2015 по 2018 год нами было прооперировано 177 пациентов с ВРВ пищевода. 79 пациентам эндоскопическое лигирование проводилось с целью первичной профилактики кровотечения (41 пациенту - по модифицированной методике и 38 пациентам - по стандартной методике). 75 пациентам эндоскопическое лигирование применялось в качестве вторичной профилактики кровотечения (39 пациентам - по модифицированной методике и 36 пациентам - по стандартной методике). 23 пациентам эндоскопическое лигирование было выполнено при продолжающемся кровотечении. Кроме того, был проведен сравнительный анализ результатов применения модифицированной методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода с целью первичной и вторичной профилактики кровотечения (41 и 39 пациентов соответственно).

Результаты. Применение модифицированной методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода при первичной профилактике кровотечения статистически значимо снизило частоту развития гипертермии (9,7% против 71,0%; $p<0,01$), дисфагии (19,5% против 84,2%; $p<0,01$), загрудинных болей (9,7% против 81,6%; $p<0,01$) в раннем послеоперационном периоде. Степень выраженности ВРВ пищевода через 1 месяц после операции составила $1,12\pm 0,41$ против $1,26\pm 0,49$ ($p>0,05$). Выполнение эндоскопического лигирования ВРВ пищевода по модифицированной методике в качестве меры вторичной профилактики кровотечения также позволило сократить частоту развития послеоперационной дисфагии (17,9% против 86,1%; $p<0,01$), гипертермии (12,8% против 69,4%; $p<0,01$), загрудинных болей (12,9% против 80,6%; $p<0,01$). Степень выраженности ВРВ пищевода через 1 месяц после эндоскопического лигирования составила $1,18\pm 0,36$ против $1,23\pm 0,37$ соответственно ($p>0,05$). Важнейшим результатом нашего исследования стал тот факт, что применение модифицированной методики эндоскопического лигирования сократило частоту развития вторичных ВРВ желудка с 34,2% до 4,9% ($p<0,01$) при первичной и с 41,7% до 7,7% ($p<0,01$) при вторичной профилактике кровотечения. Различия при сравнении результатов выполнения оперативного вмешательства по модифицированной методике при первичной и вторичной профилактике кровотечения с точки зрения эффективности были статистически не значимы ($p>0,05$). Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода при продолжающемся кровотечении, в качестве первичного метода гемостаза, выполнялось только при условии четкой визуализации источника кровотечения и позволило достигнуть полноценного гемостаза в 95,7% случаев и эрадикации ВРВ в 87,0% случаев. Выводы. Применение модифицированной методики эндоскопического лигирования ВРВ пищевода позволило статистически значимо снизить частоту развития осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Различия в степени выраженности ВРВ пищевода после выполнения эндоскопического лигирования по модифицированной методике оказались статистически не значимыми при первичной и вторичной профилактике кровотечения. При визуализации источника продолжающегося кровотечения эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода является технически выполнимой, безопасной и эффективной процедурой.

37. Результаты внутрипросветного эндоскопического стентирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта при стенозирующих опухлях

Секундова М.А., Самсонов Э.Х., Урываев М.Ю.

Москва

Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность. По данным статистических медицинских исследований до 24-30% пациентов со злокачественными опухолями верхних отделов органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нуждаются в паллиативной помощи в виду нерезектабельности опухоли с целью предотвращения симптомов дисфагии. По современным рекомендациям ESGE, данным пациентам показано эндоскопическое стентирование (ЭС) покрытыми или частично-покрытыми самораскрывающимися металлическими стентами, что и является на сегодняшний день востребованным минимально инвазивным оперативным вмешательством. Цель исследования. Проанализировать собственные результаты применения ЭС при стенозирующих опухолях верхних отделов ЖКТ у пациентов со злокачественными новообразованиями пищевода и желудка; изучить частоту возникновения осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Материалы и методы. Нами было выполнено ЭС верхних отделов ЖКТ у 196 пациентов со злокачественными нерезектабельными новообразованиями пищевода и желудка. 118 пациентам (60,2%) выполнено ЭС различных отделов пищевода (34 стентирования верхней трети, 48 – средней трети, 24 – нижней трети и кардиоэзофагеального перехода, 12 – эзофаго-энтероанастомоза после гастрэктомии). 78 пациентам (39,8%) было выполнено ЭС средней трети тела, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки (4 стентирования средней трети тела желудка, 74 стентирования выходного отдела желудка и 12-перстной кишки). У всех пациентов имелись явления дисфагии III - IV степени. При ЭС пищевода применялись металлические частично покрытые саморасширяющиеся стенты типа Ultraflex (Boston Scientific), с проксимальным раскрытием (97 случаев - 82,2%) и дистальным раскрытием (21 случай - 17,8%). Под рентгеноскопическим контролем выполнено 109 стентирований пищевода, 9 – эндоскопическим

способом без рентгеноскопического контроля. При ЭС тела желудка, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки применялись металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Duodenal (Boston Scientific). 73 стентирования было выполнено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, 5 стентирований – без рентгеноскопического контроля. Баллонную дилатацию перед ЭС не применяли и считали нецелесообразной в виду большого риска миграции стента в послеоперационном периоде. Результаты. Загрудинные боли в раннем послеоперационном периоде после ЭС пищевода зафиксированы у 107 пациентов (90,7%), которые купировались ненаркотическими анальгетиками в течение первых двух суток. При этом хронизация болей наблюдалась у 11 пациентов (9,3%). У 3 пациентов (2,5%) после ЭС нижней трети пищевода и кардиоэзофагеального перехода отмечена миграция стента на 2-е сутки. Во всех случаях стент был успешно извлечен из желудка эндоскопическим способом и зафиксирован клипсами к интактной слизистой пищевода выше проксимального края опухоли на 2-3 см. Рецидив дисфагии на фоне продолженного роста опухоли в проксимальном и/или дистальном краях стента, был отмечен у 34 пациентов (28,8%) в течение 6 месяцев в послеоперационном периоде. Данным пациентам выполнено ЭС по типу «стент в стент». В раннем послеоперационном периоде после ЭС тела желудка, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки болевой синдром зафиксирован у 18 пациентов (23,1%), хронизация болевого синдрома наступила у 4 пациентов (5,1%). Обтурация стента опухолью на фоне продолженного роста через 6 месяцев в послеоперационном периоде наступила у 16 пациентов (20,5%). Кровотечений и перфораций в послеоперационном периоде отмечено не было. Шестимесячная выживаемость пациентов в целом составила 88,3%. Выводы. Внутриспросветное эндоскопическое стентирование стенозирующих опухолей верхних отделов ЖКТ является эффективным минимально инвазивным вмешательством с низкой частотой осложнений, позволяющим разрешить симптомы обструкции и дисфагии и повышающим качество и продолжительность жизни пациентов.

38. Внутриспросветное эндоскопическое колоректальное стентирование в паллиативной помощи пациентам с опухолями ободочной кишки

Секундова М.А., Самсонов Э.Х.

Москва

Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность. В России колоректальный рак составляет 11,5% от общей структуры онкологической заболеваемости. Значительная часть больных госпитализируется в стационары с клинической картиной острой толстокишечной непроходимости и на момент выявления заболевания у большинства из них уже имеются нерезектабельные опухоли. С целью паллиативного лечения злокачественной обструкции ободочной кишки, по рекомендациям ESGE, рекомендована установка металлического саморасширяющегося стента. При этом, у пациентов с клинической картиной толстокишечной непроходимости, у которых возможно выполнить радикальную резекцию опухоли ободочной кишки, эндоскопическое стентирование (ЭС) в качестве «моста» для плановой хирургической операции не рекомендуется при левосторонней локализации стенозирующей опухоли ободочной кишки (строгая рекомендация, высокий уровень доказательности). Цель исследования. Проанализировать результаты эндоскопического колоректального стентирования у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями ободочной кишки, изучить непосредственные и отдаленные результаты, выявить частоту возникновения послеоперационных осложнений. Материалы и методы. Нами было выполнено колоректальное эндоскопическое стентирование в качестве паллиативного лечения у 63 пациентов со стенозирующими опухолями различных отделов толстой кишки: 39 пациентам (61,9%) было выполнено ЭС ректосигмоидного отдела; 21 (33,3%) – ЭС сигмовидной кишки; 3 (4,8%) – ЭС печеночного изгиба ободочной кишки. Все пациенты были госпитализированы с клинической картиной толстокишечной непроходимости, без явлений перитонита; при видеоклоноскопии степень обтурации опухолью составляла 3/4 просвета, в большинстве случаев непроходимое эндоскопом. Для колоректального стентирования были применены металлические непокрытые

саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Colonic (Boston Scientific). 61 стентирование (96,8%) было выполнено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, 2 стентирования (3,2%) – эндоскопическим способом с техническими трудностями. Баллонную дилатацию перед ЭС не выполняли и считали нецелесообразной в виду большого риска интраоперационной перфорации опухоли. Результаты. Разрешение симптомов толстокишечной непроходимости было достигнуто в 100% случаев. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был зафиксирован у 28 пациентов (44,4%). Хронические боли были отмечены у 4 пациентов (6,3%). Обтурация просвета стента опухолью на фоне продолженного роста была отмечена у 4 пациентов (6,3%) в период наблюдения - до 6 месяцев после операции. Данным пациентам было проведено ЭС по типу «стент в стент». Кровотечений и перфораций зафиксировано не было ни в одном из случаев. Шестимесячная выживаемость пациентов в целом составила 65,2%. Выводы. Внутрисветное эндоскопическое колоректальное стентирование различных отделов ободочной кишки позволяет адекватно выполнить декомпрессию толстой кишки у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями, не прибегая к большой операционной травме для пациента, повысить качество и продолжительность жизни пациентов.

39. Роботассистированные органосохраняющие вмешательства в хирургическом лечении доброкачественных опухолей надпочечников

*Семенов Д.Ю.(1), Османов З.Х.(1),
Емельянов О.В.(3), Чаусова В.Г.(1),
Панкова П.А.(1), Липская Е.В.(3)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова
Минздрава России,
- 2) ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова»
Минздрава России,
- 3) СПбГБУЗ "Городская Мариинская больница"

Актуальность: При многих опухолевых заболеваниях надпочечников показано оперативное лечение. Широкое внедрение в хирургическую практику роботассистированных вмешательств диктует необходимость оценки преимуществ их использования в лечении данной патологии. Материалы и методы: В период с 2007 по 2018г коллективом авторов в клиниках общей хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России и СПбГБУЗ "Городская Мариинская больница" было прооперировано 280 пациентов с различными опухолевыми заболеваниями надпочечников. Все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 169 человек оперированных традиционным эндовидеохирургическим методом (из них 163 лапароскопически; 6 люмбоскопически) и 111 с помощью роботизированного комплекса Da Vinci (108 лапароскопически, 3 люмбоскопически). Стандартным объемом оперативного вмешательства была адреналэктомия. Улучшение методов дооперационной и интраоперационной диагностики позволило нам, при накоплении достаточного опыта, выполнить органосохраняющие вмешательства группе пациентов с доброкачественными образованиями надпочечников. Доля органосохраняющих операций в первой группе составила 11,36%, во второй 21,13%. Полученные результаты: Интраоперационные осложнения в виде, потребовавшего конверсии доступа кровотечения отмечены лишь в одном случае и в той и в другой группе. При этом время потраченное на лапоратомный доступ в обоих случаях значимо не отличалось. Послеоперационные осложнения в виде отсроченных кровотечений и гематом ложа

были отмечены только в первой группе у пациентов оперированных до 2009г с использованием электрокоагуляции.

Стандартные послеоперационные показатели (болевого синдром, койко-день) в обеих группах значимо не отличались. Местный рецидив опухоли отмечен у двоих пациентов первой группы и двоих пациентов второй группы. Трое пациентов оперированы по поводу феохромоцитомы (у двоих злокачественной) и одна пациентка по поводу кисты. Обсуждение: Были отмечены следующие преимущества роботизированного комплекса: улучшенная 3D визуализация позволяет четко выделить мало отличающиеся от здорового надпочечника образования и выполнить органосохраняющую операцию. Линия резекции может идти в любой плоскости благодаря большому углу изгиба роботических инструментов. В случае гормонально активных опухолей это уменьшает интенсивность тракций и количество гемодинамических реакций при их выделении. Выводы и рекомендации: Применение роботохирургического комплекса в хирургии надпочечников эффективно, имеет минимальный риск осложнений и значимые преимущества при выполнении органосохраняющих операций.

40. Оценка отдаленных результатов эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении больных с тяжелыми формами варикозной болезни

Савинов И.С. (1), Бутырский А.Г. (2), Савинов С.Г. (1)

Симферополь

- 1) ООО «Центр флебологии доктора Савинова»,
- 2) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Предлагаемые способы лечения ВБ характеризуются многообразием приемов и не всегда учитывают современные достижения, что затрудняет понимание тактики лечения с точки зрения систематизации и стандартизации различных ее методов, а результаты оставляют желать лучшего. Это дает повод разрабатывать

подходы к лечению ВБ и ее рецидива с использованием современных методик диагностики и лечения с беспристрастным анализом их результатов. Внедрение в практику миниинвазивных методов лечения ВБ значительно уменьшило число отрицательных результатов лечения. Цель: изучить эффективность применения и отдаленные результаты эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении тяжелых форм ВБ. Материалы и методы: было проведено проспективное сравнительное исследование, в которое было включено 112 больных с ВБ клинических классов C4-C6 по CEAP, разделенных на 3 группы: I (C4) – 74 человека, группа II (C5) – 22 человека, группа III (C6) – 30 человек. Всем больным была выполнена ЭВЛК + минифлебэктомия (МФЭ) + резекция несостоятельных перфорантов (РНП), у больных с диаметром СФС более 20 мм она была дополнена кроссэктомией. Для выполнения ЭВЛК нами применялся лазерный диодный аппарат Лахта-Милон (Россия), модель Touch Screen, с применяемой длинной волны 1470 мкм и радиальный световод Biolitec ELVeS Radial 2 Ring Fiber™. Линейная плотность энергии составляла 80-140 Дж/см, в зависимости от диаметра вены, при этом для области соустья она была не менее 100 Дж/см, для ствола на бедре не менее 80 Дж/см. Морфологические и гемодинамические параметры определялись при ультразвуковом дуплексном флелосканировании (УЗДФС) на аппаратах «Siemens Acuson X150» (Германия) и «Mindray M7» (Китай) на высоте пробы Вальсальвы и в режиме Volume Flow в положении ортостаза. Для изучения морфофункциональных параметров мы исследовали: диаметр большой подкожной вены (БПВ) в средней трети (с/3) бедра, диаметр сафенофemorального соустья (СФС). Результаты. Обобщенные результаты по данным УЗДФС: I - $2,4 \pm 0,2^*$ (диаметр СФС, мм) и $1,9 \pm 0,1^*$ (диаметр БПВ в с/3 бедра, мм), II - $2,9 \pm 0,1^*$ и $2,6 \pm 0,4^*$ соответственно, III - $3,5 \pm 0,5^*$ и $2,8 \pm 0,2^*$ соответственно (* - $p < 0,05$). Результаты лечения больных по данным УЗДФС через 12 месяцев после коррекции флелогемодинамики: I - $2,3 \pm 0,2^*$ (диаметр СФС, мм) и $1,7 \pm 0,1^*$ (диаметр БПВ в с/3 бедра, мм), II - $2,9 \pm 0,2^*$ и $2,0 \pm 0,2^*$ соответственно, III - $2,1 \pm 0,3^{*o}$ и $1,7 \pm 0,2^{*o}$ (* - разница с соответствующими предоперационными данными достоверна ($p < 0,05$), ^{o} - разница с соответствующими данными из предыдущего абзаца достоверна ($p < 0,05$). Особенно хочется отметить высокие результаты у пациентов группы C6: в этой группе не просто меняется локальный статус, а изменяется степень ХВН. В этой группе нам

удалось за 6-12 месяцев достичь стопроцентной заживляемости ТЯ; срок заживления варьировал от 15 до 150 дней, средний срок составил $37,4 \pm 5,6$ дней. При реализации принятой нами тактики через 6-12 месяцев достигнуты следующие результаты: всего было отмечено за этот срок 6 реканализаций. Во всех случаях было выполнено повторное миниинвазивное вмешательство в зоне реканализации. На контрольных УЗИ в срок до 60 дней была достигнута облитерация во всех случаях, данных за реканализацию и/или клинический рецидив не выявлено. Мы обобщили данные, которые наилучшим образом отражают отдаленные результаты нашей работы, являясь подтверждением концептуальности предлагаемой нами тактики. Изменение клинического класса течения ВБ НК через 12 месяцев после операции: из С6 в С5 – 100%, из С4 в С3 – 13,7%, из С4 в С1 – 5,9%.

Выводы. 1. Предложенная методика с использованием ЭВЛК сопровождается значительными морфологическими изменениями поверхностных вен, которые приводят к полной облитерации и редукции патологического кровотока в них. 2. Частота реканализаций составляет 5,1%; после выполнения повторного миниинвазивного вмешательства в зоне реканализации достигается полная облитерация во всех случаях. 3. Лечение сопровождается заживлением ТЯ в 100% случаев.

41. Результаты экстренного хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным гнойно-воспалительными процессами

Щаева С.Н.

Смоленск

ФГБОУ ВО "Смоленский государственный медицинский университет" Минздрава РФ

Гнойно-воспалительные осложнения КРР являются наиболее опасными для жизни пациентов. Наиболее часто встречаются у пациентов на 6-й и 7-й декаде жизни, и связаны с худшим прогнозом. Такие больные поступают экстренно в ближайшие

хирургические стационары. Цель исследования – изучить результаты оперативных вмешательств при КРР осложненным гнойно-воспалительными процессами. Материалы и методы. Изучены результаты экстренных хирургических вмешательств больных КРР, осложненным гнойно-воспалительными процессами, выполненных в общехирургических и специализированных стационарах г. Смоленска за период 13 лет. Перфорация опухоли наблюдалась в 42,4% случаев ($n=81$); перифокальное воспаление – 29,3% ($n=56$); сочетанные осложнения – 28,3% ($n=54$). Для оценки выраженности полиорганной дисфункции использовалась система MODS. Стадирование онкологического процесса проводилось по классификации злокачественных опухолей TNM 7-е издание (2009). Оперативные вмешательства были разделены на одноэтапные (ОЭ), многоэтапные с удалением опухоли на первом этапе (МЭУОПЭ), многоэтапные с удалением опухоли на втором этапе (МЭУОВЭ), симптоматические операции. Послеоперационные осложнения оценивались по классификации Clavien-Dindo (2004). Статистическая обработка материалов выполнялась с помощью средств программного обеспечения STATISTICA 10, SPSS 20. Результаты. Проанализированы непосредственные результаты одно- и многоэтапных хирургических вмешательств в зависимости от распространенности перитонита и стадии злокачественного новообразования толстой кишки. Средний возраст у больных с данным осложнением составил 70,5 лет. Больные раком прямой кишки, с гнойно-воспалительными осложнениями, составили 29,3%, ободочной – 63,9%, ректосигмоидного отдела 6,8%. По степени тяжести преобладали больные в тяжелом (9-12 баллов по MODS) и крайне тяжелом состоянии (более 13 баллов по MODS) 78,3% и 23% соответственно. Осложнения IIIb ст. по Clavien-Dindo – несостоятельность анастомоза составила 20,4% ($n=38$), абсцессы брюшной полости – 19,4% ($n=37$), летальность – 34,8% ($n=66$). Более удовлетворительные непосредственные результаты наблюдались при многоэтапных операциях с удалением опухоли на первом этапе. Абдоминальные осложнения, а также осложнения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой системы в большинстве наблюдений возникали в сроки позднее 3-х суток после оперативного вмешательства. Процент релапаротомий составил 14,74% в общей когорте больных с послеоперационными осложнениями. Возникали определенные сложности в диагностике абдоминальных осложнений. Впервые 24 часа с

момента развития осложнений релапоротомии выполнены в 5,1% случаев, остальные больные были прооперированы позднее 24 часов. В данной ситуации чаще проводились санация и дренирование брюшной полости - в 47,3% случаев, формирование колостомы и дренирование брюшной полости - в 18,1% наблюдений. Реконструкция колостомы и резекция кишки с анастомозом выполнены в 9,4% (n=15) и 7,6% (n=12) наблюдений. Заключение. При гнойно-воспалительных осложнениях КРР следует выполнять резекционные вмешательства без формирования анастомоза с дальнейшим предоставлением квалифицированной онкологической помощи в условиях специализированного отделения.

42. Миниинвазивные методы лечения наружных панкреатических свищей

Степан Е.В., Рогаль М.Л., Ярцев П.А., Иванов П.А., Агаханова К.Т., Озова З.М., Тетерин Ю.С.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Причиной возникновения наружных панкреатических свищей (НПС) является повреждение протоковой системы поджелудочной железы (ПЖ) вследствие отторжения некротизированных участков паренхимы железы или ее механического повреждения с образованием дефекта стенки панкреатического протока (ПП) и его ветвей. С внедрением в широкую хирургическую практику миниинвазивных вмешательств оценка возможности их применения в лечении НПС является актуальной. Материал и методы. С 1998 по 2018 гг. наблюдали 104 пациентов с НПС, что составило 2,2% от общего количества больных с заболеваниями и повреждениями ПЖ. Мужчин было 73 (70,2%), женщин 31 (29,8%), средний возраст пациентов 43 (32; 51) года. Диагноз НПС подтвержден повышением активности амилазы в отделяемом по свищевому ходу по сравнению с активностью амилазы в сыворотке крови, данными

фистулографии. По результатам компьютерной и магнитно-резонансной томографии, динамической гепатобилисцинтиграфии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) оценивали диаметр ПП, наличие и локализацию стриктур и дефектов его стенки, скорость эвакуации контрастного вещества, сообщение протока с псевдокистой, при перерыве ПП – размер диастаза. Также выявляли другие факторы, поддерживающие функционирование НПС. ЭРХПГ выполнена 21 пациенту с диагностической и лечебной целью. Результаты. Выбор метода лечения НПС зависел от связи свища с протоковой системой ПЖ и состояния ПП. У 70 (67,3%) пациентов, у которых имелась прямая связь свища с проходным ПП или между свищем и протоком ПЖ была выявлена несформированная промежуточная полость, эффективным было консервативное лечение, включающее диету с ограничением жидкости, спазмолитическую терапию. У 33 пациентов с целью подавления панкреатической секреции применялся октреотид в суточной дозе 900 мкг в течение 5-14 дней, средний срок функционирования НПС составил 23 (9; 51) дня. У остальных пациентов октреотид не применяли и свищи у них закрылись в среднем через 41 (31; 62) день. При неэффективности консервативного лечения у 21 (20,2%) пациента применяли эндоскопические вмешательства с целью ликвидации протоковой гипертензии и улучшения оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. 11 (10,6%) пациентам в связи с папиллостенозом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). У 10 (9,6%) пациентов из-за невозможности восстановить проходимость путем выполнения ЭПСТ в связи с наличием стриктуры или бокового дефекта ПП в области головки или тела ПЖ выполнено эндоскопическое стентирование ПП с установкой стента за зону стеноза или дефекта протока. Замену стента производили каждые 4 месяца до восстановления проходимости ПП. НПС у этих пациентов закрылись в среднем через 18 (13; 34) и 8 (3; 16) дней после манипуляции соответственно. У 3 (2,9%) пациентов с резистентным к консервативному лечению НПС между свищем и ПП выявлена сформированная псевдокиста ПЖ с плотными стенками. Этим пациентам была выполнена эндоскопическая гастроцистостомия, после чего НПС закрылись и не рецидивировали. Миниинвазивные вмешательства выполняли на фоне антисекреторной терапии. У 10 (9,6%) пациентов указанные методы лечения не привели к закрытию НПС, так как не удалось закрыть дефект протока или устранить диастаз методом

стентирования. Выполнены открытые хирургические вмешательства, выбор которых зависел от происхождения свища, его локализации, состояния ПП и ПЖ. Выполнялись продольная панкреатоеюностомия, цистоэнтеростомия на отключенной по Ру петле тонкой кишки, дистальная резекция ПЖ, медиальная резекция ПЖ с иссечением свища, фистулопанкреатикогастростомия, панкреатоеюностомия с дистальной частью ПЖ, лапаротомия с выполнением чредагстрального цистогастроанастомоза. Выводы. 1. Консервативное лечение и миниинвазивные эндоскопические вмешательства с учетом дифференцированных показаний применения того или иного метода позволяют в 90,4% наблюдений достичь закрытия НПС. 2. Диагност при полном перерыве ПП требует открытого хирургического вмешательства.

43. Хирургическая тактика при посттравматическом панкреатите

*Агаханова К.Т., Роголь М.Л., Ярцев П.А.,
Гришин А.В., Озова Э.М., Степан Е.В.,
Магомедбеков М.М., Ткешелашвили Д.Т.,
Ахмедов А.Р.*

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) при закрытой и открытой травме составляют 1–20% и характеризуются тяжелым течением с развитием посттравматического панкреатита (ПП), частота которого при травме поджелудочной железы достигает 87,5%. Течение ПП в 78% случаев носит осложненный характер, сопровождаясь развитием тяжелого деструктивного панкреатита, забрюшинной флегмоны, эрозивного кровотечения и сепсиса. Уровень летальности при ПП может достигать 12–73%. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с травмой ПЖ. Материал и методы. За период с 1991 по 2018 гг. пролечено 419 пациентов с ПП. Ранения живота и закрытая абдоминальная травма были причинами повреждения ПЖ соответственно в 221 (52,7%) и 198

(47,3%) наблюдениях. Диагноз ПП устанавливали на основании данных лабораторного исследования, ультразвукового исследования, компьютерной томографии, видеолапароскопии. Основную группу составили 110 больных, пролеченные в соответствии с разработанным лечебно-диагностическим алгоритмом в период с 2012 по 2018 гг. Группу сравнения составили 309 больных ретроспективного анализа за период с 1991 по 2012г. В основной группе возраст пациентов колебался от 19 до 81 года, средний возраст составил 36 (30; 40) лет. Мужчин было 80 (72,7%), женщин - 30 (27,3%). Повреждение I степени (Smego?1985г) выявлены у 64 больных (58,2%), II степени – у 23 (20,9%), III степени – у 14 (12,7%), IV степени – у 9 (8,2%). Сразу после установления диагноза ПП в основной группе назначали октреотид в дозе 900 мкг/сут. Хирургическая тактика зависела от степени повреждения ПЖ. При I–III степени повреждения ПЖ выполняли прецизионный гемостаз с прошиванием кровоточащих сосудов. При IV степени повреждения тела и хвоста ПЖ производили корпоросаудальную резекцию, Вирсунгов проток не лигировали. Операцию завершали дренированием салниковой сумки двумя дренажами. Ушивание дефекта паренхимы ПЖ и перитонизацию края ее резекции, тампонаду салниковой сумки и перевязку культы главного панкреатического протока не проводили. В группе сравнения отмечены 309 пациентов. Возраст пациентов колебался от 22 до 84 года, средний возраст составил 36 (30; 40) лет. Мужчин было 284 (91,9%), женщин - 25 (8,1%). 1 степень повреждения поджелудочной железы (по классификации Smego?1985г) была установлена у 118 пострадавших (38,2%), 2 – у 116 (37,5%), 3 – у 40 (13,0%), 4 – у 35 (11,3%). Все больные были прооперированы. Профилактическое назначение антисекреторной терапии не проводилось, а начиналось только при развитии деструктивных изменений ПЖ. Результаты: В основной группе при открытой травме живота были оперированы 33 (30,0%) пострадавших. Ушивание ран ПЖ было выполнено в 3 (9,1%) случаях, гемостаз и дренирование зоны повреждения в 29 (87,9%), дистальная резекция не выполнялась, тампонирование раны в 1 (3,0%) случае, различные миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем – в 9. При закрытой травме живота хирургические вмешательства были предприняты у 74 больных (74,0%). Ушивание ран ПЖ было выполнено в 14 (19,0%) случаях, гемостаз и дренирование зоны повреждения в 57 (77,0%), дистальная резекция выполнена у 1 (1,3%)

пострадавшего, тампонирование раны в 2 (2,7%) случаях, различные миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем – в 7. Послеоперационные осложнения в основной группе пациентов составили 12,6%, а летальность – 7,4%. Средний реанимационный койко-день при закрытой травме составил $28 \pm 5,4$, при открытой травме – $16 \pm 4,3$ день. Длительность госпитализации составила $46 \pm 4,4$ день. В группе сравнения были оперированы 129 (41,7%) больных – при закрытой травме живота, ушивание ран ПЖ было выполнено в 22 (17,0%) случае, гемостаз и дренирование зоны повреждения в 78 (60,4%), дистальная резекция выполнена у 15 (11,6%) пострадавших, тампонирование раны в 14 (11,0%) случаях, различные миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем – в 23. При открытой травме живота оперированы 180 (58,3%) пострадавших, из них ушивание ран ПЖ было выполнено в 28 (15,5%) случаях, гемостаз и дренирование зоны повреждения в 135 (75,0%), дистальная резекция выполнена у 12 (6,7%) пострадавших, тампонирование раны в 5 (2,8%) случаях, различные миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем – в 29. Осложнения в группе сравнения наблюдались у 102 (33,0 %) пострадавших, летальный исход - в 33 случаях (10,7 %). Средний реанимационный койко-день при закрытой травме $14 \pm 3,5$ день, при открытой травме $10 \pm 2,5$ день. Длительность госпитализации составила $24 \pm 2,5$ день. Заключение. Разработанная тактика лечения ПП позволяет нам уменьшить частоту осложнений с 34,2% до 12,6%, и снизить летальность с 10,7% до 7,4%, а также сократить длительность госпитализации с $44 \pm 4,3$ до $24 \pm 3,1$ койко-дней.

44. Значение суточной внутрипищеводной рН-метрии при оценке эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

*Оскретков В.И., Андреасян А.Р., Овсепян М.А.,
Климова Г.И., Ганков В.А.*

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Суточная внутрипищеводная рН-метрия является одним из ключевых методов диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Она позволяет оценить тяжесть ГЭРБ, клиренс пищевода и состояние его моторики, установить причины гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) после операции – обусловлены они рецидивом ГЭРБ или соматическими заболеваниями. Цель исследования. Изучить информативность суточной внутрипищеводной рН-метрии в диагностике причин ГЭР после антирефлюксных операций у больных ГЭРБ. Материал и методы. Работа основана на изучении отдаленных результатов антирефлюксного вмешательства путем формирования полной фундопликационной манжетки по оригинальной методике у 103 больных аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), оперированных в период с 2000 г. по 2017 г. Для оценки эффективности антирефлюксного вмешательства был проведен анализ результатов суточной внутрипищеводной рН-метрии до и после видеолапароскопической дозированной эзофагофундопликации. Для проведения суточной рН-метрии был использован прибор Гастроскан-24 с изучением ключевых показателей, характеризующих функциональное состояние кардии пищевода: обобщенный показатель DeMeester, общее количество ГЭР за сутки, время, в течение которого $pH < 4$, количество ГЭР, длительность которых составляет более 5 минут, самый продолжительный ГЭР, рефлюкс-индекс, индекс рефлюкса, клиренс пищевода. Результаты и обсуждение. До операции общее время, при котором pH был менее 4, составило $144,14 \pm 8,44$ мин, после операции – $34,84 \pm 8,15$ мин ($p < 0,01$). До операции преобладали рефлюксы в горизонтальном положении, после формирования антирефлюксной манжетки ГЭР наблюдались в основном в вертикальном положении и

провоцировались приемом пищи. Общее количество ГЭР до операции составило $189,84 \pm 16,74$, после операции данный показатель уменьшился до $47,63 \pm 10,81$ ($p < 0,01$). До операции количество ГЭР длительностью более 5 минут составило $5,55 \pm 0,34$, после операции – $2,17 \pm 0,45$, при этом самый продолжительный ГЭР с $pH < 4$ был $18,28 \pm 1,34$ мин до операции и $8,67 \pm 1,86$ мин после операции. Пищеводный клиренс, характеризующий способность пищевода к самоочищению, до операции был $1,41 \pm 0,22$ мин, после операции – $0,5 \pm 0,05$ мин. Отмечено уменьшение рефлюкс-индекса и индекса рефлюкса в 3,5 раза после антирефлюксного вмешательства ($p < 0,01$). Выводы. После полной эзофагофундопликации у больных ГЭРБ с ГПОД уменьшается время закисления пищевода, при котором $pH < 4$ (менее 1 часа) и количество ГЭР (не больше 50 за сутки). После операции рефлюксы носят в основном физиологический характер, т.к. проявляются преимущественно в вертикальном положении. Рекомендации. Для оценки эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ необходим многофакторный анализ суточной внутрипищеводной pH-метрии с учетом времени с $pH < 4$, количеством ГЭР, характеристики ГЭР по времени, клиренса пищевода, рефлюкс-индекса и индекса рефлюкса.

45. Коррекция хронического нарушения дуоденальной проходимости при лапароскопической холецистэктомии

*Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А.,
Костина Ю.В., Сафин И.Н.*

Уфа

ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России

По мнению многих авторов недооценка нарушений дуоденальной проходимости является одной из причин неудовлетворительных результатов операций на желчевыводящих путях. Холецистэктомия провоцирует изменение состояния, обострение или усугубление течения патологии взаимосвязанных с билиарной системой

органов, в том числе и моторные расстройства двенадцатиперстной кишки. Все это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к отбору пациентов на холецистэктомию, диагностики моторной патологии двенадцатиперстной кишки на дооперационном этапе и разработки эффективных органосохраняющих технологий сочетанного эндоскопического лечения хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) при выполнении плановых видеолaparоскопических холецистэктомий по поводу хронического калькулезного холецистита. В клинике хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО БГМУ за последние три года выполнялась видеоэндоскопическая коррекция ХНДП в стадии субкомпенсации при холецистэктомии у 38 пациентов. Женщин было 32, мужчин – 6. Средний возраст составил $49,5 \pm 2,5$ лет. Клинический симптомокомплекс включал боль, чувство тяжести, вздутие в эпигастриальной области или справа от пупка, изжогу, отрыжку воздухом, рвоту желчью или пищей, съеденной накануне, неустойчивый стул, понижение аппетита. По нашему мнению данный симптомокомплекс является одним из ключевых при развитии сочетанной патологии верхних отделов пищеварительного тракта, создавая объективные предпосылки для гастро-эзофагеального рефлюкса, застойных явлений в билиарном тракте, условий для язвообразования в дуоденуме. Для инструментальной диагностики ХНДП использовали рентгеноконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с применением релаксационной дуоденографии, эхографический скрининг органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, селективную ангиографию верхней брыжеечной артерии. Все операции выполнялись в плановом порядке, с использованием видеоэндоскопических технологий. Очередность проведения операций решалась исходя из принципов асептики и предполагаемого объема вмешательства по поводу каждой из корригируемых патологий. Наиболее часто сочетанные вмешательства наряду с холецистэктомией включали рассечение связки Трейтца и низведения дуоденоюанального угла (38), висцеролиз (27), коррекцию кардии (фундопликацию) (20). Для проведения анализа ближайших и отдаленных результатов были сравнены несколько показателей характеризующих послеоперационное течение у пациентов с изолированным выполнением лапароскопического вмешательства и после

симультанных операций. После операции оценивалось качество жизни с помощью валидизированного опросника, с последующей статистической обработкой полученных результатов. Наши наблюдения показали, что отдаленный послеоперационный период у пациентов после видеоэндоскопической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации при холецистэктомии характеризуется достоверно высоким качеством жизни.

46. Роль «пациент-зависимых» факторов в развитии троакарных грыж у пожилых людей

Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А.

Баку

Baku Caspian Hospital

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в настоящее время удельный вес пожилых людей в возрасте 65 лет и старше составляют 9,9%, а ожидаемая продолжительность жизни соответствует 74,4 года для мужчин и 81,8 года для женщин. Кроме того, значительное улучшения в медицинской технологии и уровня здравоохранения во всех странах будут способствовать к увеличению числа пожилых людей, которые будут подвергаться более сложным хирургическим процедурам. С другой стороны, введение лапароскопической хирургии и ее широкое использование в последние 20 лет увеличило число пациентов пожилого возраста, применяющих этот хирургический подход. В последнее время лапароскопическая хирургия получила широкое признание в качестве минимально инвазивного метода лечения для снижения заболеваемости после обычной хирургии, и ряд исследований продемонстрировали возможность лапароскопии у пожилых людей с преимуществами, которые включают хороший косметический эффект, улучшение качества жизни, минимальную степень боли, короткое пребывание в больнице, ранняя реабилитация и раннее возвращение к социальной активности. Нами

проанализированы результаты 9146 больных перенесшие лапароскопические операции при висцеральной патологии с 1994 по 2017 год. Всем больным закрытие апоневротических троакарных дефектов были выполнены с использованием стандартной унифицированной техникой. Были собраны и ретроспективно анализированы «пациент-зависимые факторы», которые играли решающую роль в развитии троакарных грыж. В отдаленные сроки после хирургического вмешательства у 238 больных были обнаружены послеоперационные троакарные грыжи. Выявлены 4 главных «пациент-зависимых» факторов способствующие в развитии послеоперационных троакарных грыж (метаболический синдром, тяжелая физическая работа, хронические обструктивные заболевания легких с частым кашлевым симптомом и длительные запоры на фоне хронических воспалительных заболеваний толстой кишки). У 230 больных место расположения послеоперационных грыж по средней линии на месте ранее введенных 10мм и большего диаметра троакаров. Наличие метаболического синдрома явилось решающим фактором возникновения послеоперационных грыж у 152(64%) больных. У 15% (36 больных) послеоперационная грыжа возникла на фоне симптомов длительного кашля, вызванного хроническими обструктивными заболеваниями легких. Причиной послеоперационной грыжи у 13% (31 больных) явилось нагрузкой разовой степени тяжести или тяжелая физическая работа. У 8% (19 пациентов) послеоперационные грыжи развивались вследствие длительного запора при хронических воспалительных заболеваниях толстой кишки. Таким образом, при стандартном и адекватном закрытии апоневротического дефекта место троакаров главными причинами способствующие возникновения послеоперационных троакарных грыж явились «пациент-зависимые факторы», которые систематически, длительное время повышают интра-абдоминальное давление.

47. Лапароскопическая аппендэктомия в практике отделения общей хирургии

*Мехтиханов Х.С., Абдулжалилов М.К.,
Хамидов М.А., Мехтиханов Х.З.*

Дербент, Россия, Республика Дагестан
отделение общей хирургии ГБ

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов внедрения лапароскопической аппендэктомии в повседневную практику отделения общей хирургии по отношению к открытой аппендэктомии. Материал и методы исследования. Проспективный анализ результатов лечения 1006 больных острым аппендицитом, находившихся в отделении общей хирургии городской больницы с июля 2012 года по сентябрь 2018 года. Из них лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 347 (34,5 %) больных и 659 (65,5 %) оперированы открытым способом. Открытая аппендэктомия выполнялась традиционным способом с укрытием культи червеобразного отростка куполом слепой кишки. Лапароскопической аппендэктомии предшествовала диагностическая лапароскопия, которая позволяет полноценно осмотреть брюшную полость и оценить степень и распространенность патологических изменений. При выполнении лапароскопической аппендэктомии последовательность этапов мобилизации червеобразного отростка зависела от анатомической ситуации и степени воспалительных изменений в области илеоцекального отдела кишечника. У 272 больных (78,4 %) выполнена антеградная мобилизация червеобразного отростка, в 48 случаях (13,8 %) проведено его ретроградное удаление. У 27 больного (7,8 %) была выполнена комбинированная мобилизация аппендикса. Важным этапом лапароскопической аппендэктомии является обработка культи червеобразного отростка. Мы применили лигирование основания аппендикса с укрытием куполом слепой кишки интракорпоральным швом п у 59 (17,0 %) больных, лигирование эндопетлей - у 153 (44,1 %), эндоклипирование основания червеобразного отростка у 135 (38,9 %) пациента. Результаты. Группы больных, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия и открытая аппендэктомия, были сопоставимы по полу, возрасту, патологии червеобразного отростка и степени распространения перитонита. Осложнения после открытой аппендэктомии имелись у 28 (4,2%)

больных, в том числе кровотечение в брюшную полость у 1, диффузный перитонит у 3, абсцесс брюшной полости у 2, спаечная кишечная непроходимость у 3, нагноение ран – у 17, подкожная эвентрация – у 2 больных. После лапароскопической аппендэктомии осложнения имели место у 12 пациентов (3,4%): абсцесс брюшной полости у 1, спаечная кишечная непроходимость у 1, нагноение троакарных ран у 10 больных. Средний период пребывания больных в стационаре составил $3,2 \pm 0,4$ койко/дня после лапароскопической аппендэктомии и $8,7 \pm 0,3$ дня после открытой аппендэктомии ($P=0,05$), период временной нетрудоспособности у больных после лапароскопической аппендэктомии был $23,4 \pm 2,1$ дня, а после открытой аппендэктомии $36,3 \pm 3,4$ ($P<0,05$). Обсуждение. Проведенные исследования показали, что общее количество осложнений при выполнении лапароскопической и открытой аппендэктомии примерно одинаково, но количество внутрибрюшных осложнений при выполнении открытой аппендэктомии больше, чем при лапароскопической аппендэктомии. Ранняя спаечная кишечная непроходимость наблюдалась в три раза чаще после открытой аппендэктомии, чем при лапароскопической аппендэктомии. Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия сопровождается меньшим количеством внутрибрюшных осложнений, более быстрой активизацией больных и сокращением периода их пребывания в стационаре. При отсутствии противопоказаний лапароскопическая аппендэктомия является операцией выбора в лечении острого аппендицита и его осложнений.

48.Современные методы временной декомпрессии ободочной кишки у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью

*Цулеискири Б.Т., Ярцев П.А., Петров Д.И.,
Левитский В.Д.*

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Среди онкологических заболеваний рак толстой кишки занимает третье место, при этом, большинство больных раком толстой кишки поступают в общехирургические стационары, уже с осложненными формами. Наиболее часто встречается - обтурационная толстокишечная непроходимость, составляющая по данным литературы от 40% до 60%. Выполнение операций с формированием первичного кишечного анастомоза, на фоне острой кишечной непроходимости сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений, чаще всего несостоятельности межкишечного анастомоза. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Материалы и методы. За период с 2010 по 2018 гг. было оперировано 62 пациента с обтурационной толстокишечной непроходимостью. Средний возраст пациентов составил $66,3 \pm 7,6$ лет. Тяжесть по шкале SAPS II составила $30,32 \pm 5,5$. В исследование были включены пациенты, которым первым этапом была выполнена временная декомпрессия ободочной кишки проксимальнее опухолевого стеноза: эндоскопическая реканализация, колоректальное стентирование, лапароскопическая колостомия. Вторым этапом была выполнена резекция толстой кишки с формированием первичного анастомоза из лапароскопического доступа. Выбор метода временной декомпрессии зависел от разработанного лечебно-диагностического алгоритма, который определял локализацию опухолевого процесса учитывал диаметр ободочной кишки проксимальнее опухоли и протяженность опухолевой стриктуры. В зависимости от применяемого метода декомпрессии больных разделили на 3 группы: 1) эндоскопическая реканализация; 2) колоректальное стентирование; 3) лапароскопическая колостомия. Для оценки характера осложнений

применяли классификацию по Clavien-Dindo. Результаты. Первым этапом выполнялась эндоскопическая реканализация выполнена у 33 пациентам (53,2 %), установка колоректальных стентов выполнена у 16 больным (25,8 %) и выведение временной лапароскопической колостомы у 13 пациентов (21%) . Показатель технического и клинического успеха (возможность выполнения временной декомпрессии и устранение симптомов кишечной непроходимости) составил 92 % и 90%, 94% и 90%, 100% и 100% соответственно. Продолжительность вмешательства в разных группах составила: 35 ? 5,0 мин, 40 ? 6,3 мин, 25 ? 5,8 мин. Длительность предоперационной подготовки составила: 5 ? 1,2 сут., 5 ? 1,5 сут., 5,5 ? 1,5 сут. Вторым этапом всем больным выполнена операция из лапароскопического доступа: резекция сигмовидной кишки у 32 больных (51,6%), левосторонняя гемиколонэктомия у 16 пациентов (25,8%), правосторонняя гемиколонэктомия у 12 больных (19,4%), резекция поперечно-ободочной кишки у 2 пациентов (3,2%). Межкишечный анастомоз выполнили с использованием сшивающих аппаратов у 44 больных, ручной шов – у 18 пациентов. На первом этапе лечения послеоперационные осложнения выявлены у 6 (9,7%) больных: в первой группе: супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения – у 2 пациентов (3,2%); во второй группе: дислокация колоректального стента – у 3 пациентов (4,8); в третьей группе: нагноение области колостомы – у 1 больного (1,6%). Послеоперационные осложнения после этапа лапароскопической резекции выявлены у 8 пациентов (12,9%): в первой группе: несостоятельность межкишечного анастомоза у 2 больных (6%), тромбоэмболия легочной артерии -у 1 пациента (3%); во второй группе: несостоятельность межкишечного анастомоза – 1 больного (6,25%); в третьей группе: нагноение послеоперационной раны – 4 пациентов (30,8%). Летальных исходов во всех группах не было. Заключение. Использование современных методов временной декомпрессии у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью позволяет снизить травматичность, сократить время подготовки к радикальной операции и выполнить одномоментную операцию с формированием первичного межкишечного анастомоза, в период одной госпитализации.

49.Видеоэндохирургическое лечение больных гастроинтестинальными стромальными опухолями (ГИСО) пищевода, желудка и 12-перстной кишки

Оскретков В.И., Ганков В.А., Масликова С.А., Шестаков Д.Ю., Андреасян А.Р.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Роль и место малоинвазивных вмешательств при стромальных опухолях верхних отделов пищеварительного тракта среди специалистов хирургического профиля не определены. Цель исследования. Изучить возможность и радикальность видеоэндохирургических вмешательств в лечении ГИСО пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Материалы и методы. Оперировано 79 больных с неэпителиальными подслизистыми опухолями пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Для диагностики расположения опухоли использовали фиброэзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, рентгеноскопию пищевода и желудка, эндоскопическую сонографию, МСКТ по показаниям. После проведения иммуногистохимического исследования выявлена ГИСО у 44 человек. Из них у 6 пациентов из образования нижней трети пищевода, у 38 больных из желудка и 12-перстной кишки. Размеры опухоли варьировали от 0,7 см до 6 см. По числу митозов в поле зрения у большинства лиц (32 чел.) установлена низкая степень злокачественности, у 8 чел. – средняя и лишь у 4 больных – высокая. Все операции проведены видеоэндохирургическим доступом: торакоскопическим или лапароскопическим. Для навигации малых опухолей использовали интраоперационную ФГДС. Все образования желудка удалялись секторальной резекцией её стенки с опухолью через все слои отступя 2 см по окружности. Резекция задней стенки осуществлялась через доступ по желудочно-ободочной связке. В подавляющем большинстве для закрытия дефекта в стенке полого органа использовали однорядный рассасывающийся шов. В одном наблюдении применили аппаратный шов. Резекцию стенки пищевода с подслизистым образованием проводили более экономно – в пределах нескольких миллиметров. В ближайшем послеоперационном периоде клинически значимых

осложнений не было. Отдаленные результаты лечения отслеживали от 3-х до 18 лет, медиана 6,5 лет. Местных рецидивов и метастазов не обнаружили. Выводы. Видеоэндохирургическое лечение ГИСО пищевода, желудка и 12-перстной кишки не уступает по радикальности традиционным вмешательствам из открытого доступа при малых размерах опухоли и имеет все преимущества малоинвазивных вмешательств. Рекомендации: К обязательным методам дооперационного исследования следует отнести эндоскопическую сонографию.

50.Тканевая реакция диафрагмы в ответ на пластику политетрафторэтиленовым (ПТФЭ) и полипропиленовым (ПП) сетчатыми имплантатами

Ганков В.А., Шестаков Д.Ю.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. В настоящее время представлено много материалов для пластики патологически расширенного пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД). Чаще других используются ПП и ПТФЭ, реже сверхэластичные импланты из никелида титана и двуслойные сетчатые протезы (Goretex DualMesh, Bard Crurasoft). Лишь недавно появились импланты представляющие собой бесклеточный дермальный аллотрансплантат (AlloDerm, AlloMax, FlexHD). Некоторые исследователи рекомендуют использовать для пластики грыж ПОД материал ПТФЭ. Он покрывается брюшиной, не вызывает выраженного спаечного процесса и не прорастает соединительной тканью. Другие ученые отдают большее предпочтение ПП. Материал отличается выраженной способностью вызывать рост соединительной ткани, что приводит к формированию более надежного каркаса. Цель. Изучить тканевую и клеточную реакцию организма животных в ответ на имплантацию ПП и ПТФЭ сетчатых протезов на диафрагму. Материалы и методы. В качестве подопытных животных были

выбраны 10 кроликов мужского пола весом от 3 до 4 кг. Использовались ПП и ПТФЭ сетчатые импланты. Анестезия проводилась путем внутривидеальное введения тиопентала натрия в дозировке 40-50 мг/кг. Антибиотикопрофилактика проводилась внутримышечным введением цефтриаксона в дозировке 80-100 мг/кг за 5-10 минут до операции. Хирургический доступ – левая субкостальная лапаротомия. Сетчатый имплант фиксировался к диафрагме в непосредственной близости от пищеводного отверстия узловыми швами в четырех точках нитями из аналогичного с имплантом материала. Выведение животных из эксперимента проводилось не ранее чем через 3 месяца после вмешательства путем проведения воздушной эмболии сердца. Производился забор участков диафрагмы с сетчатым протезом и интактных участков в качестве контроля. Препараты фиксировались в 10% растворе формальдегида. Материал заливали в парафин по принятой методике, срезы окрашивали гематаксином и эозином. Производилось исследование количества фибробластов на 100000 кв. мкм. и отношение площади мышечной к площади соединительной ткани. Исследование проводилось на программном пакете AxioVision 4.8. Результаты. При вскрытии брюшной полости были обнаружены сращения с послеоперационным рубцом: сальник (90%), печень (30%), тонкая кишка (10%). К диафрагме в зоне фиксации сетчатого протеза, вне зависимости от материала, во всех случаях была плотно сращена капсула печени. При вскрытии плевральной полости определялись нежные плоскостные сращения органов средостения и легких с участком диафрагмы, где был фиксирован сетчатый имплант (100%). Реже встречалась жировая ткань, фиксированная в проекции протеза: ПТФЭ (40%), ПП (60%). Гистологические исследования. Интактные участки диафрагмы: на срезах представлена диафрагма. Мышечные симпласты без видимых дистрофических изменений. Ядра расположены в периферических отделах волокон. Видна исчерченность. Воспалительной инфильтрации не наблюдается. Количество фибробластов на 100000 кв.мкм. – $0,25 \pm 0,01$. Площадь соединительной ткани - $2,8 \pm 0,6$ % от общей площади препарата. Участки диафрагмы с сетчатым ПТФЭ имплантом: на срезах представлена диафрагма с сеткой из синтетического материала. Мышечные симпласты без видимых дистрофических изменений. Ядра расположены в периферических отделах волокон. Сохранена исчерченность. На некоторых препаратах вокруг шовного материала наблюдаются гранулемы инородных тел. Количество фибробластов на

100000 кв.мкм. – $18,5 \pm 1,1$. Площадь соединительной ткани - $48,6 \pm 2,8$ % от общей площади препарата. Участки диафрагмы с сетчатым ПП имплантом: на срезах представлена диафрагма с сеткой из синтетического материала. Мышечные симпласты без видимых дистрофических изменений. Ядра расположены в периферических отделах волокон. Видна исчерченность. На некоторых препаратах вокруг шовного материала наблюдаются гранулемы инородных тел. Количество фибробластов на 100000 кв.мкм. – $25,5 \pm 1,8$. Площадь соединительной ткани - $62,4 \pm 3,8$ % от общей площади препарата. Заключение. Выявлена тенденция, что ПП импланты являются одними из наиболее реактогенных и вызывают формирование плотного соединительнотканного пласта. ПТФЭ сетки также могут быть эффективны в качестве материала для герниопластики. Они лишь немного уступают ПП протезам по площади и толщине сформированного рубцового поля. Однако в отличие от данных литературы ПТФЭ при имплантации внутрибрюшинно все же вызывает выраженный спаечный процесс, незначительно уступающий ПП сеткам. Это ставит под сомнение основное положительное качество ПТФЭ как материала для внутрибрюшной пластики грыж.

51. Осложнения при лапароскопических трансабдоминальных предперитонеальных герниопластиках (ТАРР) и методы их профилактики

Ахметов А.Д. 2, Кащенко В.А.1,2, Лодыгин А.В.1,2, Мицинская А.И.1 Мицинский М.А.1

Санкт-Петербург

1. СПб ГУ.

2. ФГБУЗ ФМБА РФ КБ №122.

Введение. ТАРР в настоящее время является «золотым» стандартом оперативного вмешательства при паховых грыжах. При этом существует целый ряд специфических осложнений данной операции, которые нуждаются в тщательном анализе с целью профилактики их возникновения. Ввиду возрастающего количества

выполняемых TAPP по всему миру актуальность данного исследования сложно переоценить. Цель исследования. Оценка частоты встречаемости различных осложнений TAPP, сравнение показателей с данными литературных источников и разработка методов их профилактики. Материалы и методы. В исследование включено 850 пациентов, которым была выполнена TAPP в период с 2008 по 2018 годы по стандартизированной методике. Операции выполнялись 6 хирургами, причем 5 из них оперировали 10-15 TAPP в год, 1 хирург – 40-60 TAPP в год. Произведена оценка частоты встречаемости следующих осложнений: повреждение эпигастральной артерии, перфорация кишки, повреждение ductus deferens, кровотечение (при проведении профилактики ВТЭО и без проведения профилактики ВТЭО), серома/гематома, кишечная непроходимость, повреждение n.cutaneus femoralis lateralis, эмфизема подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки и мошонки, паховая невралгия, орхит/эпидидимит, орхэктомия, хронический болевой синдром, повреждение мочевого пузыря, гнойные осложнения со стороны послеоперационных ран, инфицирование сетчатого импланта, развитие троакарных грыж. Данные были соотнесены с показателями, представленными в литературных источниках (PubMed, Clinical Key, Springer). На основании полученных результатов произведена оценка влияния количества выполняемых хирургом операций в год на частоту осложнений и разработаны методы профилактики развития специфических осложнений при TAPP. Результаты. Повреждение эпигастральной артерии отмечалось в 0.7% (6 пациентов). Частота развития перфорации кишки была ниже, чем по данным литературы (0.4-0.9%), - 0.12% (1 пациент). Отмечался более высокий показатель частоты повреждения ductus deferens (0.12% (1 пациент), 0.02% - по данным литературы). Частота развития кровотечений составила 2.1% (18 случаев), при этом выявлено, что при проведении профилактики ВТЭО случаи возникновения кровотечения отмечались чаще (1.5% (13 случаев)), чем без проведения профилактики ВТЭО (0.6% (5 случаев)). Серомы/гематомы возникали в 8.4% (71 пациент), при этом показано, что при больших дефектах (L3,M3) частота их встречаемости была выше (17.9%), чем при L1-2, M1-2 (5.8%). Кишечная непроходимость отмечалась в 0.2% случаев (2 пациента), что соответствует данным литературных источников (0.06-2%). Повреждение n.cutaneus femoralis lateralis отмечалось редко (0.1% случаев), как и развитие эмфиземы подкожно-жировой

клетчатки передней брюшной стенки и мошонки (0.3% случаев (3 пациента) в нашем исследовании, 0.5% - по данным литературы), и паховой невралгии (4.5% (38 пациентов), 5.7-20% по данным литературы). Орхит/эпидидимит наблюдались реже, чем по данным литературы (0.1% (1 пациент) против 0.8% - по данным литературы), как и орхэктомия (0.1% (1 пациент) против 0.8%). Частота развития хронического болевого синдрома соответствовала данным литературных источников (0.7% случаев (6 пациентов) в нашем исследовании, 0.6-0.8% - по данным литературы). Частота рецидивов составила 1.7% (15 пациентов), что соответствовало данным литературных источников (0.3-3.6%). Следует отметить, что значимо большее число осложнений отмечалось у хирургов, которые не прошли кривую обучения (10-15 операций в год). Согласно полученным результатам 5 из 6 случаев повреждения эпигастральной артерии, единственный случай перфорации кишки, 1 из 2 случаев кишечной непроходимости и единственный случай орхэктомии приходились именно на эту группу хирургов. Выводы. На основании полученных результатов разработаны методы профилактики специфических осложнений TAPP. Совершенствование технических навыков, стандартизация методики операции и применение комплексного подхода способствует снижению частоты развития осложнений при TAPP.

52. Лапароскопическое лечение доброкачественных образований яичников у детей и подростков

Мишина А.Е., Харя П.Н., Мадан Д.И.

Кишинев

Отделение хирургической гинекологии,
Институт матери и ребенка, Молдова

Введение: Лапароскопические вмешательства при доброкачественных образованиях яичников у взрослых достаточно широко используется и признаны как стандарт лечения. В то же время применение лапароскопических технологий при кистах и доброкачественных опухолях яичников у

детей и подростков ограничено и в специализированной литературе представлено небольшими сериями больных. Цель исследования – оценка непосредственных результатов лапароскопических вмешательств при доброкачественных образованиях у педиатрических пациенток. Материалы и методы: Проведен анализ базы данных педиатрических пациенток ($n=89$) с кистами и опухолями яичников, отобранных для оперативных вмешательств с использованием лапароскопических технологий. Для диагностики использованы ультрасонография (УСГ), компьютерная томография (КТ) или магнитнорезонансная томография (МРТ). УСГ «морфологический» индекс рассчитывался по Ueland FR. et al. (2003) в модификации Jeoung H.Y. et al. (2008). Выборочно определялись онкомаркеры (?FP, b-hCG, CA 125, CEA и CA 19.9). Результаты: Средний возраст пациенток составил – 15.8 ± 0.2 лет (95% CI: $15.39-16.28$), в т.ч. 6(6.7%) – пременоархе и первичная аменорея (синдром Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser) – 1(1.1%). Индекс массы тела (BMI) во всей группе составил 21.9 ± 0.4 kg/m² (95% CI: $21.15-22.61$). Образования яичников локализовались: справа – 42(47.2%), слева – 41(46.1%) и с обеих сторон – 6(6.7%). По данным радиологических методов исследования кистозные (опухолевидные) образования яичников характеризовались: max. размер – 8.4 ± 0.4 см, большие (>8 см) – 39(43.8%) и гигантские (>15 см) – 5(5.6%); УСГ «морфологический» индекс – 3.7 ± 0.2 (от 1 до 9). В 10(11.2%) случаях лапароскопические вмешательства выполнены в связи с перекрутом придатков матки. Лапароскопические вмешательства проводились в двух вариантах: интракорпоральные вмешательства (I гр., $n=66$) и экстракорпоральная кист-(тumor)-эктомия (II гр., $n=23$). Конверсия на лапаротомию выполнена в 4(6.1%) случаях из I гр. По объему оперативного вмешательства выполнены: кист-(тumor)-эктомия с сохранением ткани яичника ($n=89$, 93.7%), аднексэктомия ($n=4$, 4.1%), кист-(тumor)-эктомия + тубэктомия – 1(1.1%) и оварэктомия – 1(1.1%). Длительность лапароскопических операций во всей группе составила 30.3 ± 1.1 мин. (95% CI: $27.99-32.68$), в I гр. данный показатель несколько меньше, чем во II гр. – 28.4 ± 1.1 мин. (95% CI: $26.22-30.59$) vs. 32.8 ± 2.9 мин. (95% CI: $26.60-38.97$), различия недостоверны ($p>0.05$). Интраоперационная кровопотеря для всех вмешательств составила 73.5 ± 5.9 мл (95% CI: $61.60-85.30$) и в I гр. данный показатель меньше в сравнении со II гр. – 59.9 ± 2.9 мл (95% CI: $54.01-65.80$) vs. 77.9 ± 9.7 мл (95% CI: $57.80-98.12$) ($p>0.05$). При морфологическом исследовании: кисты яичников –

58(61.1%) и доброкачественные опухоли – 37(38.9%). Осложнений в послеоперационном периоде не фиксировано, средний койко/день – 4.6 ± 0.1 . Рецидивов после органосохраняющих вмешательств не наблюдалась (zero). Выводы: Результаты лапароскопических операций при доброкачественных образованиях яичников у детей и подростков сопоставимы с аналогичными миниинвазивными вмешательствами у взрослых. В подавляющем большинстве случаев возможно выполнение органосохраняющих вмешательств (с сохранением ткани яичника). При больших (>8 см) и гигантских (>15 см) образованиях яичника у педиатрических пациенток целесообразно лапароскопические технологии комбинировать с экстракорпоральной кист-(тumor)-эктомией.

53. Значение манометрии пищеводно-желудочного перехода при оценке эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищевого отверстия диафрагмы

Оскретков В.И., Андреасян А.Р., Овсепян М.А.,
Климова Г.И., Ганков В.А.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Недостаточность замыкательной функции кардии имеет решающее значение в патогенезе ГЭРБ - возникновении патологического гастроэзофагеального рефлюкса, являющегося основной причиной пептического эзофagита различной степени тяжести. Исходя из этого, сущность оперативного вмешательства при ГЭРБ – формирование гастроэзофагеальной манжетки, устраняющий патологический гастроэзофагеальный рефлюкс. Цель исследования. Изучить состояние замыкательной функции кардии после формирования полной фундопликационной манжетки оригинальной конструкции у больных ГЭРБ с грыжей пищевого отверстия диафрагмы (ГПОД) по данным манометрии желудочно-пищеводного перехода. Материал и методы. Работа

основана на изучении отдаленных результатов антирефлюксного вмешательства путем формирования полной фундопликационной манжетки по оригинальной методике у 103 больных аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), оперированных в период с 2000 г. по 2017 г. Для оценки эффективности антирефлюксного вмешательства был проведен анализ результатов манометрии пищеводно-желудочного перехода баллонометрическим методом. Для регистрации внутриполостного давления использовали два баллона емкостью 1-1,5 куб. мм, расположенных в 5 см друг от друга на дистальном конце двухпросветного зонда с наружным диаметром 5 мм, длиной 1000 мм. Перед исследованием с помощью ртутного манометра (аппарата для измерения АД) наносили графическую калибровку давлений на ленту. Больному натошак, без специальной подготовки и анестезии вводили зонд через рот в желудок. Баллоны, через герметично соединенные пластиковые трубки, наполняли воздухом с помощью шприца в объемах, соответствующих их размерам (1-1,5 куб. мм) и подсоединяли к регистрирующему устройству. О нахождении баллонов в желудке судили по дыхательным колебаниям внутрижелудочного давления, на вдохе оно повышалось, на выдохе снижалось. Постепенно по 1 см, подтягивая проградуированный в сантиметрах зонд, ориентируясь на верхние резцы зубов, останавливаясь на каждом участке 1 минуту, получали манометрический профиль кардии, начиная от желудка и заканчивая пищеводом. На основании полученных данных определяли: тонус, длину функциональной кардии, внутрипищеводное и внутрижелудочное давление, его градиент, коэффициент – отношение давления в кардии к давлению в желудке, наличие перистальтических волн в пищеводе, их силу и ритмичность, наличие вторичных и третичных волн в пищеводе, наличие укорочения и раздражения пищевода. Результаты и обсуждение. Полученные результаты сравнивались с контрольной группой, состоящей из 36 человек, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Результаты манометрии контрольной группы: длина кардии $3,91 \pm 0,33$ см, тонус нижней пищеводной зоны высокого давления (НПЗВД) $19,02 \pm 0,66$ мм.рт.ст., тонус желудка $6,04 \pm 0,58$ мм.рт.ст., коэффициент (отношение НПЗВД к тонусу желудка) $3,15:1$. До операции длина кардии составила $1,98 \pm 0,08$ см, после операции – $3,18 \pm 0,06$ см ($p < 0,001$). Тонус НПЗВД после операции увеличился в 1,3 раза ($14,23 \pm 0,39$ мм.рт.ст. и $19,21 \pm 0,43$ мм.рт.ст. соответственно, $p < 0,001$). Также

отмечено некоторое увеличение тонуса желудка, по сравнению с дооперационными данными ($7,79 \pm 0,28$ мм.рт.ст. и $8,21 \pm 0,3$ мм.рт.ст. соответственно, $p > 0,2$). ПЖГр до операции составил $6,45 \pm 0,27$ мм.рт.ст., после антирефлюксного вмешательства данный показатель увеличился в 1,2 раза ($7,67 \pm 0,21$ мм.рт.ст., $p < 0,01$). Выводы. После полной эзофагофундопликации у больных ГЭРБ с ГПОД увеличивается длина кардии и НПЗВД, отмечается некоторое увеличение тонуса желудка и ПЖГр. Рекомендации. Для оценки эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ необходимо проведение манометрии пищеводно-желудочного перехода, характеризующей состояние замыкательной функции кардии.

54.Видеолапароскопия в экстренной хирургии острого холецистита

Самсонов В.Т.(1), Ермолов А.С. (1,2),
Ярцев П.А. (1,2), Гуляев А.А. (1,2),
Левитский В.Д (1).

Москва

1. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
2. РМАНПО МЗ РФ

Экстренное оперативное лечение больных острым холециститом выполняется только при наличии перитонита. Выполняемое по экстренным показаниям УЗИ брюшной полости не всегда достоверно в характеристике воспалительных изменений желчного пузыря и окружающих его тканей, но достигает 100% в диагностике холецистолитиаза. Поэтому, диагноз острого холецистита нередко остаётся неясным и требует дифференцировки с другими заболеваниями. В сложных случаях для установки диагноза и решения вопроса об оперативном лечении этим больным выполняли видеолапароскопию (ВЛС). Цель исследования: Определить возможности ВЛС в экстренной диагностике и лечении больных острым холециститом. Материал и методы: В 2008-2017 г.г. 4655 больным с клинико-инструментальными данными, не исключающими наличие острых воспалительных заболеваний органов брюшной

полости, была выполнена диагностическая ВЛС. У 23 пациентов (0,5%) при ВЛС выявлены различные формы острого холецистита, не диагностированные при УЗИ. 17 больным (73,9%) ВЛС выполняли с целью установления диагноза острой хирургической патологии. У 6 из них имелось подозрение на острый холецистит. 4 пациентам (17,4%) ВЛС выполняли для подтверждения установленного клинко-инструментально диагноза острой хирургической патологии, но не острого холецистита. У 2 больных (8,7%) ВЛС проводили с целью дифференциальной диагностики между несколькими острыми хирургическими заболеваниями. Результаты: У 8 больных (34,8%) был установлен диагноз острого деструктивного холецистита и выполнена ВЛС холецистэктомия. У одного из них, по поводу обнаруженной прикрытой перфоративной язвы 12-перстной кишки, выполнена симультанная операция - ВЛС ушивание перфоративной язвы. У 8 пациентов (34,8%) с выраженными инфильтративными изменениями желчного пузыря и окружающих тканей, перспективных в дальнейшем на радикальную операцию, под ВЛС контролем была выполнена чрескожная чреспечёночная микрохолецистостомия. 3 пациентам (13,0%) старческого возраста, с острым калькулёзным обтурационным холециститом и выраженной сопутствующей патологией, в качестве окончательного объёма оперативного вмешательства определена холецистостомия с литоэкстракцией. При ВЛС определена точка ближайшего прилегания дна желчного пузыря к передней брюшной стенке. После десуфляции, из минилапаротомного доступа выполнена операция в планировавшемся объёме. В связи с распространённостью гнойно-воспалительных изменений в брюшной полости 4 больным (17,4%) при ВЛС были установлены показания к лапаротомии. У 3 пациентов (13,0%) с деструктивным холециститом из лапаротомного доступа выполнена холецистэктомия. У одного больного, с рубцово-спаечным процессом и инфильтративными изменениями в подпечёночном пространстве, диагноз при ВЛС оставался неясным. Произведена конверсия в диагностическую лапаротомию. После разделения инфильтрата обнаружен гангренозно-перфоративный холецистит и выполнена холецистэктомия. Относительно малое количество больных в исследуемой группе объясняется тем, что у подавляющего большинства пациентов, с установленным при УЗИ в приёмном отделении диагнозом острого калькулёзного холецистита

проводилась подготовка к отсроченной ВЛС холецистэктомии. Таким образом, ВЛС, как диагностический метод, в 95,6% исследований позволила установить диагноз острого холецистита, определить хирургическую тактику и у 82,6% больных выполнить ВЛС оперативные вмешательства.

55. Современная тактика лечения спаечной кишечной непроходимости

*Левитский В.Д., Антонян С.Ж., Лебедев А.Г.,
Ярцев П.А., Цулеискири Б.Т., Арутюнян А.С.*

Москва

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

Актуальность. Спаечная болезнь развивается у 67-93% больных, перенесших операцию на органах брюшной полости. Острая тонкокишечная непроходимость составляет 3–4% от всех неотложных заболеваний брюшной полости и развивается у 33-42% больных после лапаротомии. Спаечная тонкокишечная непроходимость характеризуется высокой заболеваемостью, длительным сроком стационарного лечения, значительным числом рецидивов и дорогостоящим лечением, которое, по различным данным, может достигать стоимости лечения рак желудка. Материалы и методы. За период 2005-2017 годы на лечении находились 1230 пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью, средним возрастом - $42,6 \pm 3,8$ лет. Мужчин было 545 (44,3%), женщин - 685 (55,7%). Инструментальные методы обследования включали рентгенологические исследования, в том числе с использованием водорастворимого контрастного вещества, УЗИ и радиоизотопное исследование. Лапароскопический метод диагностики и лечения спаечной кишечной непроходимости внедрен в рутинную практику НИИ СП с 2012 г. Показаниями к экстренной операции являлись: странгуляционная кишечная непроходимость, распространенный перитонит или «запущенная» кишечная непроходимость. При отсутствии показаний к экстренной операции всем больным проводили консервативное лечение,

эффективность которого оценивали по наличию или отсутствию клинического эффекта, динамике рентгенологической картины кишечной непроходимости, оценке пассажа контрастного вещества в ободочную кишку в течение 6-8 часов. При неэффективности консервативного лечения принимали решение об операции. Экстренно-отсрочено оперативное вмешательство лапароскопическим методом выполняли после разрешения непроходимости при её рецидивирующем течении в случае «малых лапаротомий» (аппендэктомия, гинекологические вмешательства) в анамнезе. Условиями для его применения являлись: диаметр петель тонкой кишки не более 3 - 4 см (по данным рентгенографии) и наличие акустического «окна» для введения троакара. Противопоказаниями для лапароскопии являлись: множественные лапаротомии в анамнезе; клиническая и инструментальная картина распространенного перитонита. Показаниями к конверсии считали: интраоперационно выявленный распространенный перитонит; некроз, перфорацию или признаки сомнительной жизнеспособности кишки; спаечный процесс III - IV степени (по классификации Блинникова О.И. (1993)). Результаты: Из 1230 больных показания к экстренной операции при поступлении были установлены 65 пациентам (5,3%): странгуляция – у 52; перитонит – у 13 больных. Консервативное лечение начато у 1165 пациентов (94,7%). Из них показания к оперативному вмешательству были установлены у 316 больных (27%). Всего лапароскопическим методом оперированы 47 больных (15%). Из них по экстренным показаниям и при неэффективности консервативной терапии - 37 пациентов (78,7%). Отмечено 2 интраоперационных осложнения: травма кишки - одним случае дефект ушит лапароскопически. У 6 больных выполнена конверсия в лапаротомию в связи со спаечным процессом, некрозом кишки и перитонитом. В экстренно-отсроченном порядке лапароскопическим методом оперированы 10 пациентов. Осложнений и конверсий не было. Летальных исходов после лапароскопических вмешательств не было. Заключение: Современные лечебно-диагностические возможности позволяют избежать операции и провести эффективное консервативное лечение у 73% пациентов с тонкокишечной непроходимостью. При этом в группе оперированных больных, у 15% больных возможно использование лапароскопического доступа. Лапароскопия является оптимальным методом хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости после её

консервативного разрешения при рецидивирующем течении.

56. Роль лапароскопии у пациентов с распространённым перитонитом аппендикулярного генеза и её безопасность

*Ярцев П.А. (1,2), Гуляев А.А. (1,2),
Благовестнов Д.А. (2), Самсонов В.Т. (1),
Ткешелашвили Д.Т. (1), Арутюнян А.С. (2),
Левитский В.Д. (1).*

Москва

1. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
2. ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Актуальность. Среди острой абдоминальной хирургической патологии, более чем в 20% случаев, к развитию перитонита приводят деструктивные формы аппендицита. До 65% больных острым аппендицитом имеют осложнённые формы, и если при неосложненном остром аппендиците после оперативного вмешательства показатели летальности не превышают 0,3%, в случае развития разлитого гнойного перитонита этот показатель составляет 4,5 - 58%. Несмотря на неоспоримые преимущества лапароскопии, имеются противоречивые литературные данные о результатах её использования при распространенном перитоните аппендикулярного генеза. В частности, в ряде исследований отмечено увеличение частоты послеоперационных интраабдоминальных абсцессов (postoperative intra-abdominal abscess- POIAA), в связи с чем многие хирурги предпочитают «открытый» доступ. Однако в других работах, результаты лапароскопической аппендэктомии показали одинаковую частоту развития POIAA и более низкую частоту раневой инфекции (соотношение шансов (OR) - 1,24; IC - 95%; 0,84 - 1,84). Цель исследования: Определить возможности лапароскопии в лечении больных аппендикулярным перитонитом. Материалы и методы. За 2016 - 2017 гг. пролечено 634 пациента с острым аппендицитом. Всем больным с подозрением на острый аппендицит была выполнена диагностическая лапароскопия. У 156

больных (24,6%) острый аппендицит был осложнен перитонитом. Местный перитонит был выявлен у 101 пациента (64,7%), у 55 больных (35,3 %) - распространенный перитонит. Из них 40 – мужчины (72,7%), 15 – женщины (27,3%). Средний возраст – 46,9±17,6 лет (18-84). У 50 больных (90,9%) выявлен диффузный перитонит, у 5 (9,1%) - разлитой. Для классификации спаечного процесса в брюшной полости использована классификация Блинникова О.И. (1993). Для классификации распространенности перитонита были использованы рекомендации РАСХИ (2017), для оценки послеоперационных осложнений - классификация Clavien-Dindo (2004). Результаты: Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 43 пациентам (78,2%) с распространенным диффузным перитонитом, и 2 – с разлитым (3,6%). У 10 больных (18,2%) на основании результатов диагностической лапароскопии аппендэктомия выполнена из лапаротомного доступа. Показанием к смене доступа у 6 больных с диффузным перитонитом являлся спаечный процесс III - IV степени, а у 3 пациентов с разлитым гнойным перитонитом и парезом кишечника - необходимость интубации тонкой кишки. У одного больного с диффузным перитонитом в ходе лапароскопической аппендэктомии произошла ампутация червеобразного отростка петлём Рёдера с поступлением калового содержимого, что потребовало конверсии на лапаротомный доступ. Послеоперационные осложнения лапароскопического метода были отмечены у 4 пациентов (8,9%). При диффузном перитоните послеоперационные осложнения в форме POIAA развились у 2 больных (4,7%), лечение в условиях реанимации не потребовалось (IIIa тип). Сроки госпитализации составили 10 и 12 суток. При разлитой форме, осложнения были отмечены в обоих случаях (100%): у одного больного - несостоятельность культи червеобразного отростка, у второго - ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью, что потребовало интенсивной терапии в условиях реанимации в течение 24 часов (IV тип). Продолжительность госпитализации составила 20 и 24 суток. Летальных исходов в группе больных, оперированных лапароскопическим методом, не было. Выводы. Выполнение лапароскопической аппендэктомии при распространенном перитоните безопасна в случае его диффузной формы и возможна в 78,2%. При разлитом перитоните полученные результаты указывают на необходимость конверсии доступа. Однако, учитывая малое количество наблюдений,

окончательные выводы будут сделаны после получения статистически значимых результатов.

57. Комбинированное лапароскопическое лечение ущемленных паховых, бедренных грыж и грыж спигелевой линии

*Тарасов Е.Е.(1), Селемянов А.З.(1),
Нишневич Е.В.(1,2)*

Екатеринбург

- 1) Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №40»
- 2) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кафедра общей хирургии и хирургических болезней

Введение. Тотальная экстраперитонеальная герниопластика (total extraperitoneal herniarepair – TEP) в настоящее время широко используется в плановой хирургии грыж, но вопрос использования данной методики в ургентной хирургии недостаточно изучен. Цель. Изучить результаты комбинированного лапароскопического способа лечения ущемлённых паховых, бедренных грыж и грыж спигелиевой линии. Материал и методы. С августа 2017 по ноябрь 2018 в МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга при лечении 13 пациентов с ущемленными грыжами был применен комбинированный лапароскопический подход. Операцию выполняли в два этапа: разущемление грыжи при помощи лапароскопической техники с последующей TEP. На первом этапе этой методики выполняли обычную диагностическую видеолапароскопию, разущемление органа. После разущемления и окончания лапароскопического этапа, осуществляли второй этап - стандартную методику TEP. Нами проведен предварительный анализ результатов операций. В качестве первичных точек исследования мы оценивали летальность в послеоперационном периоде, успешность проведения эндоскопической операции, количество конверсий в открытую операцию и количество интраоперационного повреждения

органов. В качестве вторичных точек исследования оценивались длительность оперативного вмешательства, длительность пребывания в стационаре, количество послеоперационных осложнений, а так же потребность в повторной операции. Результаты. В неотложном порядке по поводу ущемлённых грыж было прооперировано 13 пациентов, из них 7 мужчин (53,8%) и 6 женщин (41,2%). Медиана возраста составила 68 лет (от 23 до 84 лет). В 8 случаях (61,5%) была диагностирована ущемленная паховая грыжа (прямая или косая), в 4 случаях (30,7%) – ущемленная бедренная грыжа и у одного пациента (7,8%) – ущемлённая грыжа спигелевой линии. Среднее время оперативного вмешательства составило 75 мин (от 50 до 120 мин). Продолжительность пребывания в стационаре составило 4 койка дня. У всех 13 пациентов проведение эндоскопической операции было успешным, неудач, конверсий, и интраоперационных осложнений мы не наблюдали. У одного пациента на 20 сутки диагностирована серома мошонки, которая купирована пункцией и аспирацией содержимого. Других осложнений послеоперационного периода не зарегистрировано. Отдалённые результаты мы оценили у 9 пациентов с длительностью наблюдения от 1 до 12 месяцев, рецидивов не отмечено. Заключение. Наш опыт свидетельствует о том, что комбинированный лапароскопический метод может быть успешно использован для лечения ущемлённых паховых, бедренных грыж и грыж спигелевой линии.

58.Лапаро- эндоскопический подход при ретромукулярной протезирующей пластике послеоперационных срединных грыж живота

*Мехтиханов З.С.(1,2), Хамидов М.А.(2),
Мехтиханов З.З.(1,2)*

Дербент, Махачкала

ГБУ РД ГБ(1),
МК «Здоровая нация» (2)

Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота по-прежнему остается одной из наиболее сложных проблем современной абдоминальной хирургии. Цель исследования: изучить возможности комбинированного лапаро- эндоскопического способа ретромукулярной протезирующей пластики послеоперационных срединных грыж живота. Материал и методы. Проведено проспективное исследование результатов лечения 7 больных (5 женщин и 2 мужчин), оперированных комбинированным лапаро- эндоскопическим способом с ретромукулярной установкой сетчатого эндопротеза («Унифлекс» с ПВДФ волокном, Россия) со швом дефекта апоневроза по поводу послеоперационных срединных грыж живота за период с июля 2017 года по сентябрь 2018 год в отделении хирургии ГБУ РД ГБ г. Дербента и МК «Здоровая нация» г. Махачкалы. Ранее у этих больных были выполнены операции на органах брюшной полости через срединную лапаротомию. Средний возраст больных составил $42,5 \pm 0,3$ года (от 31 до 58 лет). По классификации послеоперационных грыж ESH у трех больных имелись грыжи M2W2, у четырех – M2-3W3. Всем больным перед операцией, наряду с общеклиническими, проводились специальные исследования: спирометрия, ультразвуковое исследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости, а также рентгеновская компьютерная томография для оценки локализации и размера грыжевого дефекта, рассчитывалось отношения объема грыжевого содержимого к объему брюшной полости. Лапароскопический этап операции выполнялся традиционно по стандартной методике с использованием двух или трех троакаров (одного 10 мм и одного или двух 5 мм). После проведения адгезиолизиса и визуализации дефекта в апоневрозе передней брюшной стенки рассекались в окружности грыжевых ворот апоневротические ткани и освобождалось ретромукулярное пространство позади прямых

мышц живота. Затем с одной или с обеих сторон латеральнее влагища прямых мышц живота после рассечения кожи и апоневроза наружной косой мышцы проводилась баллонная диссекция наружной косой мышцы от внутренней косой. Ретромускулярное пространство расширилось путем рассечения латерального края влагища прямых мышц живота за счет пространства между наружной и внутренней косыми мышцами живота. Дополнительно устанавливали три троакара в гипогастрии (один 10 мм и два 5 мм). в ретромускулярном пространстве. Ушивались задние листки влагища прямых мышц живота системой «V-look» (COVIDIEN). Сетка-протез устанавливалась на задней поверхности брюшной стенки позади дефекта с перекрытием его краев на 5 см во всех направлениях. Сетка фиксировалась к мягким тканям герниостеплером «PROTACK 5mm» COVIDIEN.. Сроки наблюдения за больными после выписки из стационара составили от трех месяцев до года. Результаты. Средняя продолжительность операции составила $132,3 \pm 0,2$ мин (от 105 до 190 мин. Средне пребывание в стационаре $2,5 \pm 0,3$ койко/дня. Интраоперационных осложнений, связанных с созданием пневмоперитонеума, введением троакарных, проведением адгезиолизиса и сшиванием задних стенок влагища прямых мышц живота не было. Инфекционных осложнений со стороны троакарных ран в раннем послеоперационном периоде также не было. Случаев кишечной непроходимости и кишечных свищей за время наблюдения не было. Выводы. Комбинированная лапаро- эндоскопическая протезирующая ретромускулярная пластика является перспективным способом лечения послеоперационных срединных грыж живота.

59. Применение лапароскопии при лечении врожденного пилоростеноза

*Терещенко О.А. (1,2), Сухинин А.А. (1),
Мазурова И.Г. (2), Погосян А.Э. (1),
Малышко В.В. (1), Никитина Г.В. (1),
Ванян Г.Н. (1), Хаменская В.В. (1),
Гутовская Е.А. (1), Богрова М.И. (1),
Мульский С.В. (1)*

Краснодар

- 1) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
- 2) ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»
министерства здравоохранения
Краснодарского края.

Актуальность: высокая частота встречаемости среди новорожденных 3:100, в связи с этим поиск оптимальных методов лечения в urgentной хирургии. Материалы и методы: в ДККБ г. Краснодара с октября 2017г. внедрено лапароскопическое лечение врожденного пилоростеноза. За отчетный период в клинику поступило 63 ребенка в экстренном порядке с диагнозом врожденный пилоростеноз. Соотношение мальчики к девочкам 3:1. Основная группа 48 детей прооперированных традиционной методикой – пилоромииотомия по Фреде-Рамштедту и контрольная группа 15 человек лапароскопическая пилоромииотомия. Дети в группах сопоставимы по весу, росту и возрасту. Пилоромииотомия по Фреде-Рамштедту выполняется по традиционной методике под ингаляционной анестезией с использованием ларингеальной маски. Эндоскопическое лечение под ингаляционной анестезией с ИВЛ через эндотрахеальную трубку. Пациент укладывается поперек операционного стола головой к монитору. Устанавливается 3 порта. Один для оптики и два для манипуляторов. В нашей клинике мы не переводим пациента в положение анти-Тренделенбурга. Мы подкладываем под поясницу небольшой валик, что позволяет достаточно хорошо вывести привратник для обзора и манипуляций. Рассечение гипертрофированного привратника до пролабирования слизистой двенадцатиперстной кишки. Герметичность проверяем путем инсuffляции воздуха в желудок. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Пациенты выписывались на 6 сутки, после традиционного лечения на 8. Это обусловлено ранним восстановлением энтеральной нагрузки и

отсутствием необходимости наблюдения за лапаротомной раной. Надо отметить, что после выполнения традиционного оперативного вмешательства у одного пациента наблюдалась перфорация слизистой двенадцатиперстной кишки на первые сутки и двух пациентов подкожная эвентрация петель кишечника. Полученные результаты: применение эндоскопического лечения позволило снизить сроки госпитализации на 25%, пациенты не требовали длительного обезболивания. Обсуждение: лапароскопия является более щадящим методом хирургической коррекции данного заболевания. Выводы и рекомендации: 1. Позволяет сократить сроки госпитализации. 2. Исключает возникновение эвентрации петель кишечника. 3. Значительно уменьшает использование анальгетиков в послеоперационном периоде. 4. Возможно рекомендовать к широкому применению лапароскопическое лечение врожденного пилоростеноза.

60. Радиочастотная облитерация магистральных подкожных вен в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей

Ваян Г.Н. (1), Сухинин А.А. (1), Погосян А.Э. (1), Терещенко О.А. (1,2), Малышко В.В. (1), Никитина Г.В. (1), Хаменская В.В. (1), Гутовская Е.А. (1), Богрова М.И. (1), Мульский С.В. (1)

Краснодар

- 1) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
- 2) ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края.

Актуальность: Распространенность варикозной болезни вен нижних конечностей составляет 20%-30% по данным различных авторов. В настоящее время все больше сосудистых хирургов отдают предпочтение миниинвазивным методам лечения, не требующим госпитализации и смены обычного режима дня пациента. В связи с чем актуально использовать в лечении варикозной болезни метод

радиочастотной облитерации. Материал и методы: За 2018 год прооперировано 55 пациентов с варикозной болезнью методом радиочастотной облитерации аппаратом «MEDTRONIC-COVIDIEN» электродом Closure Fast диаметр 7 Fr, длиной 60 см. Облитерации подвергались варикозно-трансформированные участки магистральных стволов. Представителей мужского пола 12 человек (22%) женщин 43 (78%), средний возраст составил 43,4 года. Показания к операции определялись клинической картиной и данными ультразвукового триплексного сканирования. Облитерации подвергались магистральные подкожные стволы при наличии варикозной трансформации стенки и несостоятельного остиального клапана. Диаметр облитерируемых вен колебался в пределах 4 - 20 мм. 39 пациентам выполнялась облитерация ствола БПВ, 5 пациентам абляция ствола малой подкожной вены, у 8 пациентов выполнялась облитерация обеих стволов БПВ, 2 – облитерация ствола БПВ и ствола МПВ на разных конечностях, 1 пациенту – абляция стволов БПВ и МПВ на одной конечностей. В случаях с крупными притоками и перфорантными венами операции дополнялись минифлебэктомией по Варади и пенной склеротерапией. Полученные результаты: Осмотры в динамике выполнялись через неделю, 3 месяца и полгода после операции. Результаты оценивались клинически и по данным УЗИ. По данным УЗИ окклюзия в облитерированном участке целевой вены достигнута в 100%, кровотока в ней не наблюдалось. Рецидива варикозных вен у пациентов не выявлено. У 1 пациента выявлен флебит притока БПВ, сопровождавшийся пигментацией. Обсуждение: В 100% случаев пациенты отмечают улучшение состояния. Осложнений в виде тромбозов глубоких вен и лимфорей не выявлено. Выводы и рекомендации: 1) Радиочастотная абляция варикозных вен является эффективным методом лечения; 2) Метод позволяет осуществить лечение в короткие сроки, без изменения привычного режима пациента.

61. Лечение послеоперационных осложнений у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки

Курсанов И.И., Ярцев П.А., Македонская Т.П.,
Тетерин Ю.С., Драйер М.Н.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Течение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у 4,7-16,5% больных осложняется перфорацией. Ушивание перфоративной язвы (ПЯ) остаётся самым распространённым хирургическим лечением и достигает 97%. Однако по литературным данным, послеоперационный период в 5-16% (Lunc S. et al., 2007) случаев осложняется несостоятельностью шва. Цель. Минимизация хирургической агрессии при лечении больных с несостоятельностью швов ушитой ПЯ желудка и 12-перстной кишки. Материалы и методы. За 2016 – 2018 года пролечено 115 больных с ПЯ желудка и 12-перстной кишки. У 71 больного выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. У 43 больных была выполнена лапаротомия, ушивание ПЯ. В 1 случае выполнена резекция желудка. Осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 8 (7,0%) больных. Средний возраст пациентов составил – 62±4,1 года (36 – 93 года), из них женщин – 4, мужчин – 4. Оценку осложнений производили по классификации Clavien-Dindo, усовершенствованной в 2004г. Объем и характер оперативного вмешательства определяли исходя из тяжести состояния больного, количества баллов по DEР-классификации, разработанной в институте (Патент №2465810 от 10.11.2012). Методику ушивания определяли в соответствии с классификацией в которой учитывали диаметр перфорации: ? 2мм – I степень; ? 2 мм и ? 5 мм – II степень; ? 5 мм и ? 10 мм – III степень; ? 10 мм – IV степень и величину инфильтративного вала: ? 5 мм – А; ? 5мм и ? 10мм – В; ? 10мм – С. Результаты. Из 71 больного оперированного их лапароскопического доступа было 1 (1,4%) осложнение IIIb степени. У пациентки 93 лет – несостоятельность швов на перфоративном отверстии 12-перстной кишки IIB степени и перитонитом 7 баллов по DEР классификации. Учитывая соматическую тяжесть состояния пациентки, решено прибегнуть к миниинвазивному

вмешательству. Выполнено эндоскопическое стентирование покрытым нитиноловым стентом с перекрытием зоны перфорации. При контрольном рентгенологическом исследовании затекания контрастного вещества за контуры желудочно-кишечного тракта не выявлено. Больная выписана на 15-е сутки, в удовлетворительном состоянии. Из 43 больных оперированных из лапаротомного доступа было 7 (16,2%) осложнений. Из них IVb степени – 5 (11,6%) осложнений. В одном случае после ушивания перфорации IVb степени, в связи с нагноением лапаротомной раны, эвентрацией петель тонкой кишки, выполнена релапаротомия, выявлен инфильтрат в правом подпеченочном пространстве, без признаков несостоятельности. Во втором случае при несостоятельности швов выполнено ушивание перфоративного отверстия с оментопексией. В третьем случае, выявлен некроз стенки желудка в области ушитой перфоративной язвы IVC степени выполнено иссечение стенки желудка в пределах здоровых тканей и повторное ушивание. В двух случаях был летальный исход у больных с тяжелой сопутствующей патологией после ушивания перфорации IVb с перитонитом и сепсисом. В 2-х случаях (2,6%) было выявлено осложнение IIIa степени. В 1 случае при перфоративной язве IIIB степени – нагноение послеоперационных ран и образование абсцессов брюшной полости, потребовавших дренирования под УЗИ наведением. В одном случае при язве IIIC степени – пневмония и илеофemorальный тромбоз, что потребовало дополнительной антибактериальной терапии и постановки кавалитра. Обобщение данных представлено в таблице 1. Степень перфорации Хирургическое осложнение IIIa IIIb IVb IIB 1 IIIB 1 IIIC 1 IVB 3 IVC 2 Таблица 1. Степень и частота осложнения в зависимости от степени перфоративной язвы. Таким образом, при анализе послеоперационных осложнений выявлено, что наибольшее количество осложнений IVb степени было у больных с хронической ПЯ размером более 10 мм с инфильтративным валом более 10мм и более. Заключение. Использование миниинвазивного метода в 37,5% случаев позволило ликвидировать осложнение при несостоятельности швов ПЯ желудка и 12-перстной кишки. При этом, в 37,5% наблюдений требуется выполнение релапаротомии, а в 25% случаев возможны системные осложнения, не требующие хирургического вмешательства.

62. Диагностика и прогноз исходов при холангите у пациентов со злокачественными образованиями панкреатодуоденальной зоны. Ретроспективное когортное исследование

*Мерсаидова К.И. (1,2), Прудков М.И. (2),
Нишневич Е.В. (1,2), Багин В.А. (1),
Алексейцев А.В. (1,2)*

Екатеринбург

- 1) МАУ «Городская клиническая больница №40»
- 2) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кафедра общей хирургии и хирургических болезней

Введение. В настоящее время отсутствуют национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению холангитов. Токийские рекомендации 2018 года (TG18) охватывают широкую группу пациентов с холангитами различной этиологии, но в настоящий момент недостаточно данных для того чтобы рекомендовать использование этой концепции у когорты пациентов со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны. **Цель.** Определить возможность использования TG18 для диагностики холангита и прогноза исходов у пациентов со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны в РФ. **Материал и методы.** Проанализировано 216 медицинских карт пациентов со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны поступивших в 2014-2018 годах в МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга для проведения оперативного вмешательства на желчных путях. При этом в 127 случаях выполнена первичная госпитализация, а в 89 случаях пациенты госпитализировались для повторного вмешательства в связи с обструкцией стента общего желчного протока или для плановой его замены. Проведен эпидемиологический анализ, включая базовые характеристики пациентов (основной диагноз, пол, возраст, индекс коморбидности Charlson) и исходы (длительность госпитализации в ОРИТ и стационаре, госпитальная летальность). С целью диагностики и оценки тяжести заболевания использовали токийские рекомендации по диагностике и терапии холангита TG18, согласно которым выделяют холангит 1, 2 и 3 степени тяжести. Для анализа использовалась статистическая программа EZR v.1.37. Категориальные данные представлены в виде

абсолютного количества и процента: n (%). Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха: Me (Q1; Q3). **Результаты.** Диагноз холангита согласно рекомендациям TG18 был установлен в 82 случаях. По основному диагнозу пациенты распределились следующим образом: рак поджелудочной железы – 61 (74,4%), холангиокарцинома – 12 (14,6%), другие опухоли и метастазы в ворота печени – 9 (11,0%) пациентов. Средний возраст пациентов составил 68,0 (62,5; 77,0) лет; мужчин – 41 (50,0%). Индекс коморбидности Charlson – 6,0 (5,0; 7,0) баллов. Эндоскопическое вмешательство (стентирование, рестентирование, установка назобилиарного дренажа и др.) выполнено у 77 пациентов (93,9%). Диагноз холангита 1 степени тяжести установлен у 27 (32,9%) пациентов, 2 степени – у 41 (50,0%), 3 степени – у 14 (17,1%). Группы пациентов в зависимости от степени тяжести холангита достоверно отличались между собой по индексу коморбидности Charlson – 6,0 (5,0; 6,0), 7,0 (6,0; 8,0), 7,0 (6,0; 8,8) баллов соответственно; $P=0,009$ и возрасту – 65,0 (60,5; 69,0), 71,0 (64,0; 78,0), 69,0 (62,8; 77,5) лет соответственно; $P=0,012$. По остальным характеристикам (диагнозу, полу, длительности госпитализации в ОРИТ и стационаре) группы пациентов достоверно не отличались. Среди пациентов с холангитом 1 степени тяжести 3 (11,1%) пациента были госпитализированы в ОРИТ, при 2 степени – 12 (29,3%), при 3 степени – 6 (42,9%), $P=0,065$. Госпитальная летальность нарастала с увеличением тяжести заболевания: при холангите 1 степени тяжести летальность составила 0%, при 2 степени умерли 2 (4,9%) пациента, при 3 степени – 3 (21,4%); $P=0,022$. При проведении логистического регрессионного анализа установлено, что тяжесть холангита, определенного по критериям TG18 является фактором риска смерти (ОШ 6,9; 95%ДИ 1,3-36,6; $P=0,024$) и фактором риска госпитализации в ОРИТ (ОШ 2,4; 95%ДИ 1,1-5,2; $P=0,024$). **Заключение.** Диагностика холангитов у пациентов со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны с использованием TG18 позволяет определить вероятность госпитализации в ОРИТ и прогноз неблагоприятного исхода.

63. Опыт симультанных операций в лапароскопической хирургии*Стаценко Н.И. Усеинов Э.Б.*

Симферополь

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского
(структурное подразделение) ФГАОУ ВО
«Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского

Хирургическая тактика при лечении двух и более заболеваний одновременно разрабатывалась давно, однако ее развитие сдерживалось травматичностью вмешательств и оперативного доступа, которые негативно влияли на ближайшие результаты лечения. В связи с активным внедрением эндовидеохирургических технологий в хирургическую практику вопрос о симультанных операциях, расширении показаний к ним стал особенно актуальным. Многочисленные исследования этой проблемы подтверждают ряд несомненных преимуществ лапароскопических методик: уменьшение травматичности, устранение риска повторного наркоза, снижение интра- и послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, снижение длительности временной нетрудоспособности, уменьшение послеоперационной летальности. Проанализированы результаты 134 симультанных лапароскопических операций на передней брюшной стенке, органах брюшной полости и забрюшинного пространства. В 68 (50,7%) случаях выполнены симультанные операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с пластикой пупочной грыжи, в том числе с пластикой полипропиленовой сеткой. В 12 (8,9%) случаях холецистэктомия сочеталась с лапароскопической предбрюшинной герниопластикой паховых грыж 4 (2,9%) случая с двух сторон и 8 (6,0%) случаев с одной стороны. В 18 (11,7%) случаях выполнено сочетание лапароскопической холецистэктомии с диафрагмокрурорафией и фундопликацией по Ниссену по поводу аксиальной грыжи пищевода отверстия диафрагмы. В 16 (11,9%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с пластикой полипропиленовой сеткой малых и обширных послеоперационных вентральных грыж. В 16 (11,9%) наблюдениях лапароскопическая герниопластика паховых грыж-2 (1,5%) случаев и холецистэктомия- 14 (10,4%) случаев

сопровождались рассечением спаек, возникших в результате ранее перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. В 3 (2,2%) случаях выполнение лапароскопической диафрагмокрурорафии и фундопликации по Ниссену сочеталось с пластикой послеоперационной грыжи полипропиленовой сеткой. В одном случае лапароскопическая адrenaлэктомия слева сочеталась с лапароскопической диафрагмокрурорафией и фундопликацией по Ниссену, холецистэктомией, пластикой пупочной грыжи. Из 134 пациентов 10 (7,5%) были выписаны на 4 день после операции, 37 (27,6%) - на 7 день (это были пациенты после лечения диафрагмальных грыж, которым проводился рентген-контроль), остальные 87 (64,9%) выписаны на 5 день. У 5 (3,7%) пациентов с пластикой послеоперационных грыж отмечались серомы. Проведение симультанных эндовидеохирургических операций при сочетанной хирургической патологии является методом выбора и позволяет избежать повторных вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов, не утяжеляя течение послеоперационного периода объемом хирургического вмешательства.

64. Малоинвазивное лечение геморроя у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на фоне регулярной антитромботической терапии*Цицкарава А.З., Демин А.Н., Корольков А.Ю.,
Хубулава Г.Г.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова" МЗ РФ

Актуальность. Сегодня распространенность геморроя составляет 40 % среди всех болезней колопроктологического профиля. Широкий возрастной диапазон, от 21 года до 79 лет, помимо трудоспособного населения, включает пациентов с различным коморбидным фоном. Среди них

значимое количество пациентов имеют сердечно-сосудистую патологию. Что определяет увеличение числа больных с регулярной антиагрегантной и/или антикоагулянтной терапией. Частым клиническим проявлением геморроя являются кровотечения, которые требуют проведения дополнительной диагностики и зачастую решения вопроса об оперативном лечении. Развитие малоинвазивных и хирургических методов лечения геморроя позволяют успешно применять современные технологии при любой стадии заболевания. Однако вопрос хирургического лечения геморроидальных кровотечений у пациентов на фоне постоянной антитромботической терапии остается актуальным и дискуссионным. Что требует детального изучения и выбора оптимальной стратегии лечения геморроя среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с учетом риска послеоперационного кровотечения и тромботических осложнений. Материалы и методы. В период с января по ноябрь 2018 года в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова проведено проспективное исследование 60 пациентов, получающих регулярную антитромботическую терапию. Критериями включения были наличие хронического комбинированного геморроя 2-4 стадии, сопутствующая сердечно-сосудистая патология и постоянная терапия дезагрегантами и/или антикоагулянтами. Всего 30 пациентов имели анамнестические регулярные геморроидальные кровотечения (от малых до средних и интенсивных). Средний уровень гемоглобина варировал в пределах от 96 до 123 г/л. В представленной группе 12 пациентов получали терапию антиагрегантами (включая двойную дезагрегантную терапию), 18 пациентов – антикоагулянтами (8 пациентов с терапией новыми пероральными антикоагулянтами и 10 пациентов с терапией непрямыми антикоагулянтами, т.е. варфарин). Результаты. Пациенты с регулярными значимыми геморроидальными кровотечениями были оперированы с использованием метода доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов. У 12 пациентов на терапии дезагрегантами отмена препарата не проводилась. 8 пациентов с терапией новыми пероральными прямыми антикоагулянтами (ривароксабан, дабигатран) оперированы на фоне продолжающейся гипокоагуляции. Мост-терапия с использованием низкомолекулярного гепарина применялась только в случае терапии варфарином, у 10 пациентов. Мукопексия выполнялась при наличии хронического геморроя 3-4 стадии с

положительным эффектом. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечались геморрагические осложнения, требующие ревизии прямой кишки и тампонирования гемостатической губкой. Среднее число койко-дней, проведенных в хирургическом отделении, составило 6 дней. Болевой синдром – минимальный, на протяжении 3-5 дней. Отдаленных осложнений за данный период времени не наблюдалось. Рецидивы геморроидальных кровотечений все пациенты отрицают. Выводы. Допплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов – перспективный метод в лечении геморроидальных кровотечений среди пациентов, имеющих сопутствующую патологию сердца и сосудов. Возможность использования данной малоинвазивной технологии без отмены антиагрегантной и антикоагулянтной терапии позволяет снизить риски тромботических осложнений, а также радикально устранить причину геморроидальных кровотечений.

65. Чресфистульная эндоскопическая секвестрэктомия при панкреонекрозе

Новиков С.В., Ярцев П.А., Рогаль М.Л., Кузьмин А.М.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Инфицированный панкреонекроз (ПН) и парапанкреатический некроз (ППН), как правило, требуют выполнения хирургической санации. Из минимально инвазивных хирургических методов наибольшее применение нашли транслюмбальный минидоступ с видеоассистенцией (VARD), чрескожный доступ под контролем ультразвука (УЗ) с эндоскопической секвестрэктомией через сформированные фистулы и транслюминальный доступ с дренированием в желудок. Материал и методы. В период 2015-2018 (6 мес) г.г. в отделении находилось на лечении 297 пациентов с ПН. Мужчин было 141, женщин – 156. Средний возраст пациентов составил 53,6±5,3 года. Методами диагностики ПН/ППН являлись УЗ и компьютерная

томография (КТ). Зоны деструкции, скоплений панкреатического сока, секвестрации дренировали чрескожно под контролем УЗ. Следующим этапом, в зависимости от фазы острого панкреатита (ОП), выполняли одномоментную или отсроченную замену дренажей на больший диаметр под контролем рентгеноскопии. После формирования дилатационного доступа выполняли чресфистульную эндоскопическую рентгенассистированную секвестрэктомию. Основными показаниями для чрескожного дренирования в асептическую фазу были: отсутствие положительной динамики или стабилизации клинической картины в течение 72 часов консервативной терапии при наличии жидкостных скоплений; деструкция панкреатического протока с функционирующей тканью ПЖ дистальнее дефекта, при отрицательной клинической и местной динамике; в септическую – инфицирование. Полученные результаты. Чрескожным доступом под контролем УЗ с дилатацией каналов и эндоскопической рентгенассистированной секвестрэктомией оперировано 66 (52,4%). Показаниями для открытой операции, на этапах минимально инвазивного лечения, послужили осложнения ПН/ППН (профузное кровотечение, перфорация полого органа в свободную брюшную полость, некроз кишечника, острая кишечная непроходимость) – 12 (4,0%) пациентов. Средний койко-день лечения пациентов с ПН/ППН составил 44±6. После операции чрескожным дилатационным доступом из 66 умерло 11 (16,7%), открытым из 12 – 7 (58,3%). Заключение. Жидкостные скопления в зонах деструкции, скопления панкреатического сока, доступны адекватному дренированию чрескожным доступом под контролем УЗ. В фазе инфицированной секвестрации адекватный чрескожный дилатационный доступ для эндоскопической рентгенассистированной секвестрэктомии формируется одномоментно. Чресфистульная секвестрэктомия является эффективным минимально инвазивным хирургическим методом лечения больных ПН/ППН.

66. Лечение разрывов бронхов путем временного эндобронхиального клипирования

Тулупов А.Н., Синенченко Г.И., Сафоев М.И.,
Никитин А.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе

Частота разрывов главных и долевого бронхов при закрытой травме груди составляет от 2 до 5%. Летальность при данной патологии достигает 50%, что связано с высокоэнергетическим воздействием травмирующей силы сразу на несколько частей тела пострадавшего, тяжестью торакальных и внеторакальных повреждений, быстрым возникновением жизнеугрожающих состояний и т. д., что делает данную проблему весьма актуальной. Лечение разрывов бронхов путем закрытого дренирования плевральной полости, проведения торакотомии с их зашиванием открытым способом или резекцией легкого имеет ряд существенных недостатков: инфицирование плевральной полости и высокий риск развития эмпиемы плевры, невозможность плотного сближения краев раны бронха и расправления легкого из-за его негерметичности, неизбежность возникновения острой вентиляционной дыхательной недостаточности из-за спадения легкого, сброса вдыхаемого воздуха по дренажам и шунтирования крови, большая травматичность доступа при открытых вмешательствах, удаление неповрежденных участков легкого при его резекции, инвалидизация пострадавших. В.А. Черкасовым (2006) предложен способ герметизации легкого при наличии бронхоплеврального сообщения путем выполнения временной, на 2-3 сут, эндобронхиальной окклюзии проксимального отдела поврежденного бронха поролоновой пломбой в сочетании с плевральным дренированием. Однако при этом является неизбежными ателектаз выключенных из вентиляции отделов легкого, микробное обсеменение плевральной полости, высокий риск смещения obturator и т. д. Да и вряд ли надежная герметизация разрыва бронха может быть достигнута за это время. Нами разработан и успешно апробирован в клинической практике принципиально новый способ герметизации разрывов крупных бронхов при закрытой травме груди. Он заключается в эндоскопическом

эндобронхиальном клипировании разрыва бронха на срок от 10 до 14 сут в сочетании с плевральным дренированием. Фибротрехеобронхоскопия может производиться под местным обезболиванием. Для герметизации бронха применяются клипсы, которые обычно используют для эндоскопического гемостаза при кровоточащих гастродуоденальных язвах. Установленные клипсы обеспечивают надежную герметизацию и необходимое для заживления плотное соприкосновение краев раны бронха, не препятствуют вентиляции и отхождению мокроты. При прекращении выделения из плевральной полости воздуха и экссудата в течение первых 3 сут плевральные дренажи удаляют. При необходимости выполняют контрольную рентгенографию груди и лечебно-диагностическую фибробронхоскопию. Через 10-14 сут производят эндоскопическое деклипирование с санацией трахеобронхиального дерева, после чего еще раз осуществляют контрольную рентгенографию. Вывод: предложенный нами способ обеспечивает благоприятные условия для заживления разрыва бронха, малотравматичен, просто воспроизводим, безопасен, эффективен и дешев. Его новизна защищена патентом на изобретение №2651691 от 23.04.2018.

67. Тактика хирургического лечения осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы в зависимости от анатомических и биомеханических изменений диафрагмы

Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. В последнее время осложненные формы грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) уверенно занимают 2 – 3 место среди гастроэнтерологических заболеваний, оставаясь наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления осложненных форм ГПОД зависят от

ослабления фасциально-мышечных структур в области пищеводного отверстия диафрагмы, расширения угла Гиса и характеризуются нарушением замыкательной функции кардии. По данным ряда авторов, при перемещении кардии в грудную полость зона повышенного давления в области пищеводно-желудочного перехода исчезает полностью либо давление резко снижается, что вызывает нарушение запирающего механизма кардии. На основании этого пластика диафрагмы является важным этапом хирургического лечения осложненных форм ГПОД. Материалы и методы. Нами были изучены возрастные и конституциональные характеристики биомеханических свойств фасциальных структур диафрагмы, а также ее кровоснабжения на 40 препаратах, взятых от трупов людей в возрасте от 19 до 75 лет разных типов телосложения. Полученные нами данные позволили выявить, что у лиц брахиморфного типа телосложения наиболее выражено проявляются снижения показателей предела прочности и модуля упругости фасциальных структур зоны пищеводного отверстия диафрагмы. Во втором зрелом возрастном периоде выявляется уменьшение диаметра основных артерий, что приводит к снижению емкости артериального русла сосудистой сети диафрагмы в 1,5 – 2 раза. Таким образом, у лиц брахиморфного типа телосложения, начиная со II зрелого периода использование лишь собственных тканей при закрытии дефекта пищеводного отверстия диафрагмы может быть недостаточным и приводить к рецидиву заболевания. В связи с этим использование сетчатого импланта, который устанавливался и фиксировался в заднем средостении над ножками диафрагмы (патент РФ № 2611912, опубликован 01.03.2017), считаем обоснованным. Мы располагаем опытом видеоэндохирургического лечения 163 пациентов с осложненными ГПОД. Сетчатые импланты при хирургическом этапе лечения осложненных форм ГПОД нами использованы у 39 (23,9%) пациентов. У 24 (14,7%) больных показанием к установке сетчатых имплантов явились гигантские ГПОД (13 – параэзофагеальные, 11 – аксиальные). Еще у 15 (9,2%) пациентов с большими грыжами брахиморфного типа телосложения II зрелого и пожилого возраста. Результаты. Средняя продолжительность операции при использовании сетчатого импланта составила 136 минут, из них время фиксации сетчатого импланта - от 23 до 35 минут. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений, связанных с применением сетчатых имплантов, не отмечено. Послеоперационный

койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа с применением сетчатых имплантов, составил $5,2 \pm 0,5$. Отдаленные результаты по шкале GERD-HRQL оценены у 36 из 39 пациентов, у которых использовались сетчатые импланты и определены как хорошие – у 34 (94,4%), как удовлетворительные – у 2 (5,6%), неудовлетворительных результатов отмечено не было. Полученные в результате анатомических исследований результаты позволяют прогнозировать возможности развития рецидива ГПОД и индивидуализировать показания к тому или иному виду пластики диафрагмы. Выводы. Видеозендоскопические вмешательства являются операциями выбора в лечении больных с осложненными ГПОД. При гигантских ГПОД, а также больших грыжах у лиц брахиморфного типа телосложения, начиная со II зрелого возраста, целесообразно применение сетчатых имплантов.

68.Тотальная экстраперитонеальная пластика в лечении паховых грыж

Алибеков Р.А. (1,2), Мелконян С.С. (2)

Смоленск

(1) Смоленский государственный медицинский университет

(2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск

В последние годы установлено, что оптимальным вариантом ненатяжной пластики задней стенки пахового канала являются операции с применением эндоскопических технологий. Если TAPP получила широкое распространение во всем мире и в России, то TEP является менее популярной операцией ввиду технических особенностей. Цель: Оценить результаты тотальной экстраперитонеальной пластики паховых грыж. Материал и методы: С января 2018 года в хирургическом отделении ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска оперировано 20 пациентов с неосложненными паховыми грыжами. Все пациенты были мужского пола. Возрастной интервал составил от 28 до 66 лет. Пациентов с односторонней паховой грыжей было 4, с двусторонней паховой грыжей – 8, с рецидивной

паховой грыжей (после пластики по Лихтенштейну) – 8. Основное показание – двусторонние грыжи, неудачи после передней пластики. Этапы выполнения TEP: Создание предварительно преперитонеального пространства - Создание пневмопреперитонеума и установка рабочих троакаров - Выявление анатомических ориентиров - Определение типа грыжи - Выделение грыжевого мешка - Создание ложа для сетки - Развертывание, расположение и фиксация сетки - Снятие пневмопреперитонеума - Завершение операции. Результаты Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Конверсия в TAPP выполнена в 1 случае. Средняя продолжительность операций составила 113,8 мин. Активизация больных проводилась 1-е сутки после операции. Выраженность послеоперационного болевого синдрома на 1-е сутки после операции по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составила 2-3 балла. Из послеоперационных осложнений отмечалось 2 случая образования клинически значимых сером и 1 гематома передней брюшной стенки. Средний срок госпитализации составил 5 суток. Отдаленные результаты наблюдали в сроки до 1 года. Рецидивов не выявлено. Достоверного снижения качества жизни оперированных больных по комбинации опросников SF-36 и GIQLI не выявлено. У 2х пациентов наблюдался хронический болевой синдром (более 6 месяцев после операции), купированный введением НПВС. Выводы Тотальная экстраперитонеальная пластика является малотравматичным оперативным вмешательством, которое исключает контакт с брюшной полостью, способствует раннему возвращению пациентов к активной деятельности и обладает хорошим косметическим эффектом. Преимущества TEP особенно ощутимы при пластике двусторонних и рецидивных паховых грыж.

69.Эффективность применения углекислого газа при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах

Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В., Михайличенко Г.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава РФ, Клиника №1

Актуальность. Одним из условий успешного проведения эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ) является дозированная адекватная инсуффляция газа для возможности оптимального выведения фатерова сосочка и транспозиции дуоденоскопа, что сопровождается иногда значительными болевыми ощущениями у больных и повышением градиента давления в двенадцатиперстной кишке. Целью исследования считали проведение сравнительного анализа применения углекислого газа и воздуха для инсуффляции при ЭТПВ. Материал и методы. С января 2017 по ноябрь 2018 годов в Клинике №1 ВолгГМУ проведено проспективное исследование результатов эндоскопической коррекции синдрома желчной и панкреатической гипертензии у 404 пациентов. У больных основной группы (n=183) для интраоперационной инсуффляции применялся углекислый газ, а у пациентов контрольной группы (n=221) – воздух. При ЭТПВ для седации и обезболивания использовались или наркотические анальгетики или эпидуральная анальгезия с бензодиазепинами, которые у пациентов с лабильной психикой дополнялись внутривенными анестетиками. Для сравнения интраоперационных болевых ощущений использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), для дифференциальной диагностики периоперационных осложнений применяли инструментальные и лабораторные методы исследования. Для статистической обработки полученных результатов применяли непараметрические критерии (Фишера, ?2 Пирсона). При $p < 0,05$ считали, что группы статистически значимо различаются по изучаемому признаку. Полученные результаты. Перед обработкой полученных результатов мы проверили группы сравнения на сопоставимость по 14 переменным: возрасту и полу пациентов, видам ЭТПВ и травматизму вмешательства, характеру заболевания и тяжести коморбидного фона, видам обезболивания и исходным лабораторным показателям. Группы были сопоставимы по всем

изученным переменным (критерий Фишера, $p > 0,05$). При исследовании субъективных болевых ощущений во время выполнения ЭТПВ выяснено, что использование у больных основной группы, у которых применялся углекислый газ, уровень болевого дискомфорта был достоверно (?2 Пирсона, $p = 0,0426$) ниже, чем у пациентов контрольной группы (инсуффляция воздухом) (по ВАШ: $2,3 \pm 0,9$ балла против $4,8 \pm 1,3$ баллов). В периоперационный период у больных основной и контрольной групп диагностированы послеоперационный панкреатит у 10 (3,9%) и у 3 (1,3%) пациентов (?2 Пирсона, $p = 0,0781$), клинически значимое кровотечение из зоны папиллотомии у 8 (3,1%) и у 2 (0,9%) больных (?2 Пирсона, $p = 0,0823$), ретродуоденальная перфорация в 4 (1,5%) и в 1 (0,4%) наблюдениях (?2 Пирсона, $p = 0,2217$), соответственно. Панкреонекроз диагностирован только в 1,2% (у 3 пациентов) случаев у больных контрольной группы (?2 Пирсона, $p = 0,1009$). При ретродуоденальной перфорации клинические признаки подкожной эмфиземы исчезали через $16 \pm 1,2$ часов при использовании воздуха и через $3 \pm 0,9$ часа при применении углекислого газа (?2 Пирсона, $p = 0,0294$). После перфорации ДПК гнойно-септические осложнения развились у 3 из 4 пациентов контрольной группы. При использовании углекислого газа значительно снизилась частота развития наиболее частых осложнений ЭТПВ, и только небольшая частота их возникновения не позволила выявить статистически значимое различие. Обсуждение. Применение углекислого газа создавало более комфортные условия врачу-эндоскописту за счет снижения кишечной секреции, перистальтики и лучшей управляемости растяжения ДПК. Это снижает травматизм и длительность вмешательства. А лучшая абсорбция углекислого газа, по сравнению с воздухом, сокращает время повышения градиента давления в ДПК, что способствует более быстрой нормализации оттока желчи и панкреатического сока. Выводы. Применение углекислого газа значительно снижает риск развития и тяжесть периоперационных осложнений ЭТПВ, а также болевые ощущения пациентов во время манипуляции.

70.Состояние сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности у пациентов с распространенным перитонитом, при различных подходах плановой санации брюшной полости.

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"

Актуальность. В последнее время отмечается активное внедрение лапароскопических операций в плановую и экстренную хирургию, что обусловлено стремлением к снижению травматичности хирургического вмешательства и желанием снизить частоту послеоперационных осложнений. Кроме того, миниинвазивные вмешательства ассоциированы с меньшими сроками госпитализации, более скорым выздоровлением и значительно лучшим косметическим эффектом. При хирургической патологии брюшной полости одним из определяющих факторов является качество выполнения санации, именно от него во многом зависят динамика воспалительного процесса, а также необходимость проведения повторных санационных вмешательств. Основным методом санации брюшной полости по-прежнему остаётся лаваж. При проведении перитонеального лаважа лечебное значение имеет не только эффект механической очистки брюшины, но и антиоксическое воздействие благодаря удалению с промывными водами большого количества бактерий и токсинов белковой и небелковой природы. Проблема эндотоксикоза является весьма острой при перитоните, поскольку он может являться причиной дисфункции большинства органов. Адекватная санация брюшной полости имеет первостепенное значение для здоровья пациента. При развитии осложнений чаще всего говорят о поражении органов детоксикации (печени и почек), в то время как процесс носит системный характер и могут вовлекаться и другие системы органов. В частности, при неблагоприятном течении возможно развитие сердечно-сосудистой недостаточности. Еще одна система органов, о которой редко упоминают в разрезе абдоминальной хирургии, это дыхательная система. Сниженная активность пациентов может вести к таким легочным осложнениям, как пневмония, гиповентиляция, дисковидные ателектазы и др. Целью исследования стало изучение функционального состояния сердечной и

дыхательной деятельности при применении различных вариантов плановой санации брюшной полости у пациентов с распространенным перитонитом. Методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 95 пациентов с распространённым перитонитом. В зависимости от хирургической тактики пациенты были поделены на 2 группы. Основную группу составили 45 (47,4%) пациентов, которым после первичной лапаротомии проводилась лапароскопическая санация иригационно-аспирационным устройством (Брюсан), с последующей обработкой брюшной полости низкочастотным ультразвуком. Среднее число проведенных санаций – $2,4 \pm 0,5$ процедур. В контрольную группу вошли 50 (52,6%) больных, которым были проведены программные релапаротомии. Среднее число проведенных процедур – $2,3 \pm 0,5$. Результаты: При оценке гендерного распределения пациентов отмечено, что и в основной и в контрольной группе преобладали мужчины – 25 чел (55,5%) и 28 чел (56,0%) соответственно ($p > 0,05$). Таким образом, статистически значимых различий по половому признаку между группами не отмечено. Не было выявлено статистических различий и при оценке возраста пациентов. В основной группе среднее значение показателя составило – $42,4 \pm 2,5$ года (от 23 до 67 лет). В контрольной – $44,6 \pm 2,4$ года (от 21 до 72 лет) соответственно ($p > 0,05$). Оценка тяжести перитонита при помощи Мангеймского перитонеального индекса так же продемонстрировала сопоставимость пациентов. В основной группе среднее значение показателя составило – $26,4 \pm 1,2$ балла В контрольной – $26,2 \pm 1,1$ балла соответственно ($p > 0,05$). Как видно из представленных данных, основными причинами, способствовавшими развитию перитонита в обеих группах, стали острый аппендицит, острый холецистит и спаечная кишечная непроходимость. Оценка функционального состояния сердца показала, что применение лапароскопических санаций у пациентов с распространенным перитонитом, позволило в более ранние сроки, по сравнению с группой сравнения, нормализовать показатели сердечной деятельности, в частности пульса. При поступлении пульс пациентов свидетельствовал о страдании сердечно-сосудистой системы - среди его характеристик у большинства пациентов можно назвать - аритмичный, частый, слабого наполнения пульс. После проведения операции и при дальнейших санационных мероприятиях тахикардия у большинства пациентов сохранялась. У пациентов основной группы частота

пульса достигла нормальных значений лишь к 7-му дню наблюдения. Так же о нарушениях работы сердечно-сосудистой системы свидетельствовали и показатели артериального давления. Тенденция к гипотонии прослеживалась на протяжении первых 5-ти суток у пациентов обеих групп. Об этом свидетельствовали как показатели систолического АД, так и диастолического АД. Разница между показателями САД была статистически значимой на 5-е и 7-е сутки. Нами отмечено вовлечение в патологический процесс и органов дыхания, о чём мы можем судить по частоте дыхательных движений. Нормализация частоты дыхания у пациентов после лапароскопической санации произошла уже на третьи сутки, в то время как у пациентов группы сравнения – только на 7-е. Выявленные различия между группами, к сожалению, оказались не достоверными, однако прослеживается явная тенденция к меньшему страданию дыхательной системы у больных основной группы. Количество койко-дней было достоверно меньше в основной группе – $13,6 \pm 3,2$ дня против $18,8 \pm 3,8$ дня в контрольной. Полученные результаты ещё раз подтверждают, что оптимальный выбор хирургом метода пролонгированной санации — залог успешного лечения распространённого перитонита. Нами отмечено, что применение предложенного способа лечения пациентов с распространённым перитонитом, позволило в более ранние сроки, по сравнению с группой сравнения, нормализовать показатели сердечной деятельности, в частности пульса, органов дыхания – частоты дыхательных движений. Такая динамика показателей вероятно свидетельствует об адекватности терапии и соответственно меньшей тяжести больных основной группы после проведенного лечения. Выводы: Лапароскопическая санация брюшной полости является менее травматичной процедурой, исключающей необходимость проведения широкой лапаротомии. Её проведение значительно уменьшает степень интоксикации в послеоперационном периоде. При этом отмечается меньшая нагрузка сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Поэтому методика лапароскопических санаций может быть рекомендована в качестве основного выбора плановых санаций у пациентов с распространённым перитонитом.

71. Fast track подход в «сложной» лапароскопической хирургии. Пятилетний опыт применения метода и борьбы с консерваторами.

*Демин Д.Б., Савин Д.В., Фуныгин М.С.,
Бородкин И.Н.*

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет, ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова
г. Оренбурга

Актуальность. Технологический прогресс в лапароскопической хирургии и совершенствование мануальных навыков позволяют решать вопросы сложной хирургии лапароскопическим доступом не только в ведущих хирургических центрах, но и в общехирургических стационарах обычных городских больниц. Программа ускоренного выздоровления позволяет минимизировать риски периоперационного периода, в том числе у пациентов старшей возрастной группы с серьезным коморбидным фоном. Однако внедрение новых технологий встречает сопротивление значительной части хирургического сообщества, особенно в провинциальных городах. Цель работы: проанализировать наш пятилетний опыт «сложной» лапароскопической хирургии в комбинации с fast track подходом. Материал и методы. В 2014-2018 г. в университетской хирургической клинике на базе ГКБ им. Пирогова г. Оренбурга нами выполнены в плановом порядке лапароскопические вмешательства повышенной сложности у 234 пациентов: 122 фундопликации по Ниссену, 52 резекции печени различного объема, 21 адrenaлэктомия, 15 гемиколэктомий и резекций сигмы, 7 дистальных панкреатэктомий, 7 энуклеаций внеорганных забрюшинных новообразований, 10 спленэктомий. Периоперационное ведение пациентов проводилось в соответствии с программой ускоренного выздоровления. Половина пациентов (118 человек) имели возраст более 60 лет. Компенсированная сопутствующая патология, включая перенесенные сердечно-сосудистые и неврологические заболевания, не являлась противопоказанием к операции. Результаты и обсуждение. В течение суток перед операцией пациенты соблюдали обычный пищевой режим, утром за 2 часа до вмешательства принимали сипинг. Энтеральное питание высококалорийными

углеводными смесями начинали после полного пробуждения пациентов. Всем больным на вводимом наркозе однократно вводили внутривенно фторхинолон второго поколения с метронидазолом, далее в большинстве случаев антибактериальная терапия не проводилась. Профилактика тромбозомболических осложнений: в 100% случаев эластическая компрессия нижних конечностей и максимально быстрая вертикализация, которую осуществляли либо вечером в день операции, либо утром на следующий день (в зависимости от объема вмешательства). НМГ применяли ограниченно в зависимости от уровня риска. Анальгетики отменяли через сутки после операции. Имелись 7 интраоперационных осложнений, 5 скорректированы лапароскопически (пневмоторакс при фундопликации, внутрибрюшные кровотечения), в 2 случаях конверсия в лапаротомию (повреждение пищевода при фундопликации, неконтролируемое кровотечение при резекции печени). В раннем послеоперационном периоде у 1 пациента развилась пневмония справа после фундопликации, у 2 пациентов – послеоперационный панкреатит после дистальной панкреатэктомии, в том числе у одного из них илеофemorальный флеботромбоз слева. Во всех случаях осложнения были своевременно выявлены и скорректированы с благоприятным исходом для пациентов. Летальных исходов не было. Ни в одном случае не возникло отдаленных осложнений в виде послеоперационной грыжи и спаечной кишечной непроходимости. Основное количество осложнений получено на этапе внедрения методик и связано, в первую очередь, с дефектами оперативной техники. Этим, по нашему мнению, объясняется, что у пациентов старшей возрастной группы общее количество осложнений было ниже в 2 раза, а преобладали осложнения у более молодого контингента пациентов, с которых начиналась кривая обучения. На хирургических конференциях и совещаниях хирургов нашего региона мы постоянно проводим разъяснительную работу с хирургическим сообществом о необходимости отказа от старых шаблонов, как хирургической техники, так и ведения послеоперационного периода. Следует отметить, что особенно консервативны хирурги со значительным стажем работы, в то время как молодые коллеги легко принимают современные подходы. Заключение. Хирургическое вмешательство лапароскопическим доступом – краеугольный камень fast track подхода. Максимально ранняя реабилитация пациента имеет ключевое значение в ведении послеоперационного

периода, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, и обеспечивает эффективность и безопасность современной хирургии. Комбинация эндохирургии и fast track существенно удешевляет стоимость лечения пациента и минимизирует риски ранних и отдаленных осложнений.

72. Выбор технологии завершения лапароскопических исследований у больных с острым воспалением жировых привесков сигмовидной ободочной кишки

Капшутарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Острое воспаление жировых привесков сигмовидной ободочной кишки (ОВЖПСОК) – чрезвычайно редкое заболевание. Как правило, диагноз устанавливают в процессе лапаротомии, предпринятой по поводу острого аппендицита, режее острой кишечной непроходимости, острой перфорации сигмовидной ободочной кишки, перитонита. С внедрением лапароскопии появилась возможность дооперационной диагностики ОВЖПСОК. Экстирпация указанных жировых привесков признаётся всеми авторами. Цель исследования: по результатам лапароскопии выявить критерии и показания к лечебной лапароскопии или лапаротомии, объёму вмешательства при ОВЖПСОК. Материал и методы. Нами оценены первые результаты лапароскопии у 12 больных с ОВЖПСОК и выбор критериев дальнейшей тактики лечения. Работа выполнена в клинике хирургии и анестезиологии ФПО. Мужчин было 7 (58,3%) пациентов, женщин – 5 (41,7%) Возраст 19-67 лет. Больные направлены с разнообразными острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями, исключая ОВЖПСОК. До 6 часов от начала заболевания госпитализирован 1 (8,4%) пациент, в течение 6-24 часов – 5 (41,7%), после 24 часов – 6 (50%). Обследованы клинически и оценены показатели

общего анализа крови и мочи, биохимических исследований, рентгенографии брюшной полости, УЗИ, по показаниям – ФЭГДС, ирригографии. Неэффективные результаты исследований позволили выполнить лапароскопию аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling с применением сконструированного нами полого манипулятора. Полученные результаты. Анализ лапароскопической семиотики ОВЖПСОК и их осложнений позволил разделить больных на две группы. В I группу включили 7 (58,3%) пациентов, которым выполнена малотравматичная лечебная лапароскопия в объеме аспирации перитонеального выпота (3) и направленного дренирования брюшной полости для антибиотикотерапии (7). Показанием к ней стали флегмонозные изменения жировых привесков сигмовидной ободочной кишки, из которых у 4 (66,7%) пациентов их вывели в поле зрения манипулятором из рыхлого инфильтрата и у 1 (14,3%) – самоампутированный жировой привесок, располагавшийся на сигме, удалён из брюшной полости щипцами Виттмана. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко/день 7,1. II группу составили 5 (41,7%) пациентов, которым установлены показания к срединной лапаротомии с экстирпацией жировых привесков сигмовидной ободочной кишки. Лапароскопически у 1 (20%) больного диагностировано острое флегмонозное воспаление жирового привеска, осложнившееся острой тонкокишечной непроходимостью, которую не удалось разрешить, у 1 (20%) – заворот жирового привеска с некрозом в инфильтрате, у 1 (20%) – воспалительный инфильтрат левой подвздошной области больших размеров. Эти пациенты оперированы. У остальных 2 (40%) больных во время лапароскопии выявлено реактивное состояние кишечника и спаечный процесс вокруг сигмовидной ободочной кишки с вовлечением слепой кишки и большого сальника. Брюшная полость дренирована, продолжена консервативная терапия. Однако, спустя 3 и 12 часов, заподозрен острый аппендицит и некроз жирового привеска сигмовидной ободочной кишки. Выполнена лапаротомия, экстирпация жировых привесков сигмовидной ободочной кишки, осложнённых некрозом. Ложно-отрицательный результат обусловлен отсутствием визуализации жировых привесков и червеобразного отростка. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко/день 9,2. Выводы: 1. Лапароскопия является эффективным методом

диагностики различных форм острого воспаления жировых привесков сигмовидной ободочной кишки и их осложнений. 2. Показанием для малотравматичной лечебной лапароскопии стали флегмонозные формы острого воспаления жировых привесков и самоампутированный жировой привесок. 3. Показанием к лапаротомии с экстирпацией жировых привесков сигмы были осложнённые формы острой тонкокишечной непроходимостью, заворот с некрозом жирового привеска. Рекомендации. Необходимо дальнейшее накопление клинического материала и внедрение видеоэндоскопических оперативных вмешательств.

73.Лапароскопическая локальная электротермометрия асептического панкреонекроза

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Ранняя диагностика асептического панкреонекроза представляет трудную задачу. Из дополнительных методов исследования лапароскопия является высокоэффективным методом. Расширить её диагностические возможности призван метод лапароскопической локальной электротермометрии (ЭТМ) органов брюшной полости. Повышение температуры в проекции поджелудочной железы в сравнении с температурой других органов брюшной полости выше чем на 0,5о С расценивается как несомненный признак острого панкреатита (ОП). Однако, дальнейшего развития метод локальной ЭТМ органов брюшной полости не получил. Цель исследования: внедрить метод лапароскопической локальной электротермометрии органов брюшной полости и выявить температурные маркеры асептического панкреонекроза. Материал и методы. В клинике хирургии и анестезиологии ФПО у 76 больных выполнена лапароскопия и диагностированы различные формы ОП. Исследование осуществлено аппаратом фирмы Karl

Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling. Полый манипулятор собственной конструкции вводили в точку Goetre, лапароскоп – в левой нижней точке Kalk. Для выполнения лапароскопической локальной электротермометрии органов брюшной полости использовали электротермометр ТПЭМ-М Казанского медико-инструментального завода (Россия) и сконструированный нами зонд с датчиком на конце. Из 76 пациентов ОП у 34 (44,7%) диагностирован асептический панкреонекроз. Полученные результаты. После анализа полученных данных у 34 (44,7%) больных асептическим панкреонекрозом средние показатели лапароскопической локальной электротермометрии органов брюшной полости $M \pm m$ были следующими. Температура (о С) печени составила $37,6 \pm 0,17$, желчного пузыря – $37,6 \pm 0,18$, желудка – $37,7 \pm 0,26$, двенадцатиперстной кишки – $37,7 \pm 0,24$, круглой связки печени – $37,8 \pm 0,24$, желудочно-ободочной связки – $38,4 \pm 0,45$, малого сальника – $38,0 \pm 0,24$, большого сальника – $37,3 \pm 0,20$, брыжейки поперечной ободочной кишки – $38,8 \pm 0,31$, червеобразного отростка – $36,5 \pm 0,14$, слепой кишки – $36,4 \pm 0,34$, подвздошной кишки – $36,6 \pm 0,23$, матки – $37,2 \pm 0,14$, яичников – $37,2 \pm 0,17$, маточных труб – $36,6 \pm 0,19$. Всем обследованным пациентам выполнена малоинвазивная лечебная лапароскопия (аспирация перитонеального экссудата, катетеризация и пролонгированная блокада круглой связки печени, направленное дренирование брюшной полости и малого таза, по показаниям – лапароскопическая холецистостомия), что в сочетании с многокомпонентной интенсивной консервативной терапией привело к abortивному развитию асептического панкреонекроза и выздоровлению. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Обсуждение. Все авторы, использующие лапароскопию в диагностике асептического панкреонекроза, отмечают её высокие диагностические возможности, что и подтверждает данное исследование. Работ, посвящённых лапароскопической локальной ЭТМ органов брюшной полости у пациентов острым панкреатитом, в настоящее время мало. Данное исследование подтверждает результаты других авторов, что повышение температуры в проекции поджелудочной железы в сравнении с температурой других органов брюшной полости выше чем на $0,50$ С расценивается как несомненный признак острого панкреатита. Целенаправленное и углублённое изучение лапароскопической локальной ЭТМ органов брюшной полости у

больных асептическим панкреонекрозом позволило выявить температурные маркеры и их показатели при асептическом панкреонекрозе. Выводы. 1. Метод лапароскопической локальной электротермии органов брюшной полости расширяет возможности лапароскопии и объективизирует диагноз асептического панкреонекроза. 2. Выявлены температурные маркеры, максимальные показатели которых зафиксированы в брыжейке поперечной ободочной кишки, желудочно-ободочной связки, малом сальнике и несколько ниже – в желудке, двенадцатиперстной кишке и круглой связке печени. 3. Полученные результаты являются дополнительным критерием для выбора малоинвазивной лечебной лапароскопии с хорошими исходами. Рекомендации. Следует продолжить накопление клинического материала для последующего анализа.

74. Мини-лапароскопия в оптимизации хирургической тактики при неотложной хирургической патологии панкреато-билиарной системы

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Малотравматичной лапароскопии принадлежит особая роль в диагностике неотложной хирургической патологии панкреато-билиарной системы. Уменьшить её травматичность позволяет метод минилапароскопии (МЛС) с использованием лапароскопов и инструментов малого диаметра (2-5 мм). МЛС снижает травматичность оперативного доступа, сроки лечения, минимизирует болевой синдром, ей присущ косметический эффект. Цель исследования: оптимизировать хирургическую тактику при неотложной хирургической патологии панкреато-билиарной системы путём внедрения минилапароскопии. Материал и методы. Из 70 больных, которым выполнена МЛС в связи с нечёткой клинической картиной острых

хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости, у 44 (62,9%) пациентов диагностирована патология панкреато-билиарной системы. Мужчин было 17 (38,6%), женщин – 27 (61,4%) в возрасте от 31 до 86 лет. Преобладали поздние сроки поступления от начала заболевания больных в клинику хирургии и анестезиологии ФПО. Так, до 6 часов госпитализировали 3 (6,8%) пациентов, в течение 6-12 часов – 1 (2,3%), 12-24 часа – 11 (25%), 1-2 суток – 11 (25%), 3-5 суток – 12 (27,3%), 8-10 суток – 5 (11,4%) и на 14 суток – 1 (2,3%). Различной соматической патологией страдали 42 (95,5%) больных. Рубцы на передней брюшной стенке после ранее перенесенных операций на органах брюшной полости и брюшной стенке имели место у 19 (43,2%) пациентов. Все больные обследованы согласно „Протоколам” и перед лапароскопией у 13 (29,5%) пациентов установлен панкреонекроз, перитонит, а у 31 (70,5%) – оставались сомнения в наличии острых хирургических заболеваний, затруднения в дифференциальной диагностике, неуверенность в травматических повреждениях органов брюшной полости. Полученные результаты. Для МЛС использовали набор инструментов, центральной частью которых были оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы „ЭлеПС” г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО” г. Воронеж (Россия) и сконструированный нами полый манипулятор. Исследования выполнены по методике Кочнева О.С. с соавт. (1988). Для реализации поставленной цели сформированы 3 группы больных. I группа (n=29; 65,9%) состояла из пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Стерильный панкреонекроз, геморрагический перитонит был у 20 (69%) больных, выполнена малотравматичная МЛС (аспирация высокотоксичного перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени, дренирование брюшной полости и малого таза). В сочетании с многокомпонентной интенсивной консервативной терапией наступил регресс заболевания. Деструктивный холецистит выявлен у 9 (31%) пациентов (флегмонозный-5, гангренозный-4) с околопузырным инфильтратом, выполнена холецистэктомия с дренированием подпечёчного пространства из правостороннего продольного трансректального мини-доступа. Умерла 1 (11,1%) больная, спустя 12 часов после операции, от инфаркта ствола мозга множественной локализации. II группа (n=2; 4,5%) была

малочисленной – закрытая травма живота, разрыв печени. Осуществлённая традиционная лапаротомия, ушивание разрывов печени и дренирование брюшной полости привели к выздоровлению. III группа (n=13; 29,6%) включала пациентов с циррозом печени, синдромом портальной гипертензии, асцитом. Под контролем МЛС аспирирован асцит, в брюшную полость введено 500 мл кислорода, дренирована полость малого таза. Умерли 1 (7,7%) больная от отёка лёгких с исходной тяжёлой миокардиодистрофией, анасаркой. Выводы: 1. Патология панкреато-билиарной системы является преобладающей в брюшной полости. 2. Малотравматичная МЛС – эффективный метод диагностики и оптимизации лечебной тактики острой и хронической хирургической патологии панкреато-билиарной системы. 3. Результаты МЛС позволили снизить летальность до 4,5%. Рекомендации. Необходимо дальнейшее использование диагностической и лечебной МЛС, а также совершенствование подходов к оптимизации лечебной тактики.

75. Неотложная лапароскопия в диагностике разрыва ободочной кишки при закрытой травме живота

Капшутарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

В мирное время разрыв ободочной кишки (РОК) при закрытой травме живота выявляют у 10-16,2% пострадавших. Они являются редкими и трудно диагностируемыми, считаются одними из самых неблагоприятных прогностических факторов. С целью диагностики РОК используют клиническое обследование и специальные методы (рентгенография брюшной полости, УЗИ, колоноскопия, ирригоскопия, лапароцентез, лапароскопия). Приоритет отдаётся лапароцентезу с „шарящим катетером” и лапароскопии (ЛС). Цель исследования: оценить значение неотложной лапароскопии в диагностике разрыва ободочной

кишки при закрытой травме живота. Материал и методы. Нами, в клинике хирургии и анестезиологии ФПО, изучены результаты неотложной ЛС у 20 пострадавших с нечёткой клинической картиной РОК. Мужчин было 19 (95%), женщин – 1 (5%) в возрасте от 5 до 65 лет. Обстоятельства травмы у 10 (50%) пациентов была тяжёлая криминальная травма, у 4 (20%) – кататравма, у 3 (15%) – ДТП и у 2 (10%) – сдавление тела между предметами. На догоспитальном этапе 4 (20%) пострадавшим введены наркотические анальгетики. В состоянии шока находились 6 (30%) пациентов, алкогольного опьянения – 5 (25%), их сочетания – 3 (15%). Изолированная травма имела место у 1 (5%) пострадавшего, множественная – у 8 (40%) и сочетанная – у 11 (55%). Полученные результаты. После клинического обследования, в зависимости от тяжести состояния пациентов использованы специальные методы (рентгенография грудной и брюшной полостей, УЗИ, диагностический перитонеальный лаваж, ФЭГДС, внутривенная урография), оказавшиеся не/малоинформативными. Выполнена ЛС аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling с применением сконструированного нами полого манипулятора. Для анализа и оценки точности диагностики РОК во время ЛС сформировали две группы. Группа А составила 11 (55%) пострадавших, у которых во время ЛС установлен РОК. Повреждения в сегменте слепой и восходящей ободочной кишки определены у 3 (27,2%) пациентов, поперечной ободочной кишки – у 5 (45,5%), нисходящей и сигмовидной ободочной кишки – у 1 (9,1%) и сигмовидной ободочной кишки – у 2 (18,2%). Дополнительно выявлены повреждения других абдоминальных органов у 7 (63,6%) пострадавших. При этом, гемоперитонеум установлен у 9 (81,8%) пациентов, где преобладала I степень – 8 (88,8%) пострадавших. Выполнена неотложная лапаротомия. Группа В включала 9 (45%) пациентов, где при ЛС РОК не установлен. Анализ причин показал, что у 2 (22,2%) пострадавших во время ЛС диагностирован разрыв печени, у 2 (22,2%) – разрыв селезёнки, у 1 (11,1%) – разрыв тонкого кишечника и большого сальника и у 1 (11,1%) – околопузырный инфильтрат, а у 3 (33,3%) – лишь гемоперитонеум в объёме 1,5- 2,5 л. Обнаруженные травматические повреждения абдоминальных органов в сочетании с гемоперитонеумом значительных объёмов, от 800,0 до 2500,0 мл, у 88,9% пациентов стали основанием для перехода к неотложной лапаротомии. Обсуждение. РОК относятся к редкому виду

повреждений. Использование ЛС в диагностике РОК признаётся не всеми хирургами. В открытой печати опубликованы единичные наблюдения просмотров РОК в забрюшинном отделе во время ЛС. Автор приводит высокий процент диагностических ошибок – 45%, их причины проанализированы и носят объективный характер. Согласно классификации В.С. Савельева с соавт. (1977) эти ошибки соответствуют I группе – ошибки, не влияющие на тактику лечения пострадавших. Выводы: 1. Лапароскопия позволила у 55% пострадавших диагностировать разрыв ободочной кишки при закрытой травме живота. 2. Ложно-отрицательный результат лапароскопии у 45% пациентов обусловлен визуализированным разрывом печени и селезёнки, воспалительным околопузырным инфильтратом с гемоперитонеумом больших объёмов, что являлось показанием к экстренной лапаротомии. 3. Лапароскопия является надёжной технологией в диагностике закрытых повреждений ободочной кишки. Рекомендации. Следует внедрить эндовидеолапароскопические операции и продолжить накопление клинического материала для последующего анализа.

76.Способ восстановления анатомических антирефлюксных механизмов зоны пищеводно-желудочного перехода у пациентов с аксиальной грыжей

*Карпицкий А.С., Журбенко Г.А., Шестюк А.М.,
Панько С.В., Боуфалик Р.И., Вакулич Д.С.,
Игнатюк А.Н.*

Брест

Учреждение здравоохранения
«Брестская областная больница»

Актуальность: Наличие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является фактором, способствующим увеличению просвета пищевода на уровне нижнего пищеводного сфинктера, что влияет и на время патологического гастроэзофагеального рефлюкса [Rossetti G., 2014]. Хирургия – это единственный способ восстановить

нормальное анатомическое положение желудка и пищеводно-желудочного перехода, а также компенсировать механические аспекты гастроэзофагеального рефлюкса и связанные с ним функциональные аномалии [Rossetti M., 1997]. Техническими особенностями антирефлюксных операций является абдоминализация желудка и не менее 3 см терминального отдела пищевода, ушивание ножек пищеводного отверстия диафрагмы и формирование одного из вариантов фундопликационной манжеты [Yang X., 2016]. Улучшение результатов хирургического лечения рефлюксной болезни при аксиальных грыжах может быть достигнуто путём максимальной оптимизацией техники хирургического вмешательства [Moore M., 2016]. Цель: Предложить способ, максимально восстанавливающий анатомические антирефлюксные механизмы зоны пищеводно-желудочного перехода у пациентов с аксиальными грыжами. Материалы и методы: Предложен способ лапароскопической клапанной эзофагофундопликации для хирургического лечения пациентов с аксиальными грыжами. Методика была выполнена 17 пациентам с клиникой рефлюксной болезни при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Длительность операции составила 120 ± 11 мин. Средний койко-день после операции был 7 ± 2 дня. Средняя кровопотеря – 30 мл. Полученные результаты: В предлагаемом варианте хирургического вмешательства антирефлюксный эффект осуществляется за счёт восстановления разрушенных по ходу формирования скользящей грыжи анатомических антирефлюксных механизмов пищеводно-желудочного перехода. Приоритетными аспектами вмешательства являются полное удаление ретроэзофагеальной жировой клетчатки, мобилизация левой, затем правой диафрагмальных ножек с диссекцией желудочно-диафрагмальной и левой порции желудочно-поджелудочной связки. Желудочно-селезёночная связка с короткими артериями желудка не пересекается. Обязательно выполняется низведение по ходу мобилизации терминального отдела пищевода в брюшную полость за счёт полного рассечения по окружности френоэзофагеальной мембраны. Обязательна также визуализация зоны прохождения верхнего и нижнего блуждающих нервов с целью исключения их повреждения. При выполнении крурорафии и формировании антирефлюксного механизма стенка дна желудка к диафрагмальным ножкам не фиксируется. С целью восстановления дна желудка в анатомической позиции, перед началом

формирования антирефлюксного механизма в просвет желудка через орогастральный зонд вводилось 300-400 мл воздуха. Также данный приём в последующем облегчает восстановление острого угла Гиса, который вначале формируется вдоль задней стенки пищевода двумя – тремя узловыми швами, используя дно желудка. Финалом этапа формирования антирефлюксного механизма является создание острого угла Гиса по левой боковой стенке пищевода тремя – пятью узловыми швами. Таким образом, острый угол Гиса формировался на всю длину пищевода, низведенного в брюшную полость по задней и левой боковой его стенкам, то есть на $1/4$ части окружности. Особое внимание по ходу операции отводилось максимальному восстановлению дна желудка, которое служит накопительным пространством для желудочного содержимого. Выводы: Предлагаемый способ лапароскопической клапанной эзофагофундопликации позволяет максимально восстановить анатомические антирефлюксные механизмы пищеводно-желудочного перехода за счёт низведения пищевода в абдоминальную позицию, формирования острого угла Гиса на ? окружности пищевода по задней и левой его стенкам с восстановлением дна желудка в качестве накопительного пространства для желудочного содержимого, без диссекции коротких желудочных сосудов.

77. Влияние размера диастаза ножек пищеводного отверстия диафрагмы на степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

*Журбенко Г.А., Карпицкий А.С., Шестюк А.М.,
Панько С.В., Вакулич Д.С., Игнатюк А. Н.,
Петровицкая Н.А.*

Брест

Учреждение здравоохранения
«Брестская областная больница»

Актуальность: Основными методами в диагностике скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, определяющими локализацию пищеводно-желудочного перехода по отношению к ножкам пищеводного отверстия диафрагмы, являются полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка, а также многоканальная внутрипищеводная манометрия. Определение степени смещения ПЖП в средостение имеет важное диагностическое значение, поскольку процент времени патологического гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов с грыжей 5 см и более больше, чем у пациентов с грыжей 3 см и менее. Наименее изученным диагностическим критерием, характерным для скользящих диафрагмальных грыж является диастаз ножек пищеводного отверстия диафрагмы, а также его влияние на функциональное состояние и анатомические параметры нижнего пищеводного сфинктера. Цель: по результатам выполнения рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки с зондом Блэкмора изучить влияние размера диастаза диафрагмальных ножек на степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера. Материалы и методы: Проведен анализ рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки с зондом Блэкмора у 41 пациента с клиникой рефлюксной болезни и подозрением на скользящую диафрагмальную грыжу. Обследуемая группа включала 19 (47,5%) мужчин и 21 (52,5%) женщину. Средний возраст составил 48 ± 20 лет. Анамнез заболевания колебался от 7 месяцев до 10 лет. Измеряемыми в миллиметрах параметрами были: расстояние между ножками ПОД и характеристики НПС – диаметр его просвета, а также длина и ширина сфинктера. Полученные результаты: Пациенты были разделены на 3 группы. I группа – 19 пациентов со степенью смещения пищеводно-желудочного перехода в средостение более 20 мм. II группа – 10 (24,4%) пациентов с размером

скользящей грыжи меньше 20 мм., однако среднее расстояние между ножками пищеводного отверстия диафрагмы у них составило 33.01 ± 2.9 мм, что не отличалось от результатов, полученных по этому показателю у пациентов I группы (31.12 ± 1.58) ($p = 0,945116$). 12 (29,3%) пациентов отнесены к III группе в связи с отсутствием диагностических критериев аксиальной грыжи. При помощи предлагаемой диагностической методики, степень диастаза диафрагмальных ножек была измерена в 100% случаев, что позволило изучить зависимость между этим показателем, длиной грыжевой ампулы и параметрами нижнего пищеводного сфинктера: диаметром его просвета, а также длиной и шириной сфинктера. При увеличении диаметра пищеводного отверстия диафрагмы, ширина нижнего пищеводного сфинктера увеличивается. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена для зависимости ширины сфинктера от диастаза ножек при сочетании результатов у всех 100 % пациентов показал выраженную корреляционную связь (r_s -Спирмена=0,57, $p < 0,0005$). Размер диастаза диафрагмальных ножек в меньшей степени влияет на увеличение диаметра просвета пищевода на уровне пищеводного сфинктера и его длину. При сочетании результатов у пациентов всех трёх групп коэффициент Спирмена для зависимости диаметра просвета от диастаза ножек составил $r_s=0,407$ ($p < 0,005$), для зависимости длины зоны нижнего пищеводного сфинктера от диастаза ножек r_s -Спирмена равнялся $-0,006$ ($p > 0,05$). Также следует отметить отсутствие корреляционной связи между показателями диастаза ножек диафрагмы и длиной грыжевой ампулы у пациентов первой и второй групп. Коэффициент ранговой корреляции r_s -Спирмена для данной зависимости составил 0,088 ($p < 0,05$). Выводы: Диастаз ножек пищеводного отверстия диафрагмы оказывает максимальное влияние на увеличение ширины пищевода на уровне нижнего пищеводного сфинктера, а также влияет на увеличение диаметра просвета пищевода на его уровне, что не может не влиять на замыкательную функцию сфинктера. Связь между увеличением размера хиатального отверстия и увеличением размера скользящей грыжи, а также между увеличением диастаза ножек и увеличением длины зоны нижнего пищеводного сфинктера не доказана.

78.Миниинвазивные методы в лечении различных форм билиарного панкреонекроза

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

Душанбе, Таджикистан

- 1) ТГМУ им. Абуали ибни Сино
- 2) ГУ Городской центр скорой медицинской помощи

Актуальность. В настоящее время билиарный панкреонекроз (БП) занимает одно из ведущих мест в структуре острых хирургических заболеваний, что обусловлено ростом заболеваемости желчекаменной болезнью и ее осложнениями, увеличением частоты деструктивных форм панкреатита, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики. Несмотря на значительные достижения в диагностике, консервативного и хирургического лечения, а также профилактики осложнений билиарного панкреонекроза, уровень летальности при этой патологии остается очень высокой и по данным мировой литературы варьирует от 20 до 80%. Основной причиной развития БП является обтурация холедоха на уровне ампулы большого дуоденального сосочка, что приводит к козникновению высоко давления в билиарном и панкреатическом трактах, но чаще всего, это мелкие камни вызывающие кратковременную закупорку и травматизацию большого дуоденального сосочка в сочетании с острым калькулезным холециститом. Особенности БП является широкий спектр клинических вариантов его течения, различные объемы деструкции поджелудочной железы и тяжелые осложнения. В современной литературе до сих пор нет единого мнения о необходимости и сроках оперативного лечения больных, об одно или многоэтапных вмешательствах, об виде вмешательства традиционная операция или же миниинвазивные методики. Материал и методы. На отделении эндовидеохирургии ГУ ГЦ СМП г.Душанбе за 2015-2018гг. было прооперировано 43 пациента с БП. Мужчин было 16 (37,2%), женщин 27 (62,8%). Возраст больных варьировал от 22 до 67 лет. Уровень билирубина варьировал от 32 до 128 мкмоль/л, амилаза крови от 38 до 92Ед, диастаза мочи от 210 до 570г/ч/л. Все больные поступили в экстренном порядке, в различные сроки от начала заболевания. Полученные результаты. После поступления больных в стационар им выполнялся

весь комплекс клинко-диагностических процедур, включая МРХПГ. После установления диагноза БП больные были госпитализированы в отделение реанимации, где им проводилась краткосрочная предоперационная подготовка и коррекция сопутствующих патологий. Оперативное пособие начинали с диагностической лапароскопии, при которой производилось определение вида панкреонекроза (жировой, геморрагический, смешанный), наличие и распространенность ферментативного перитонита, а также объем и степень пораженности поджелудочной железы, выбирался метод и объем оперативного пособия. Вторым этапом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому. В 38 случаях ситуация была расценена как асептический панкреонекроз в связи с чем вскрытие и дренирование малого сальника не производилось. В остальных 5 случаях было заподозрено наличие инфицированного панкреонекроза, при этом нами было выполнено дренирование сальниковой сумки. В послеоперационном периоде все больные получали консервативную терапию – массивные дозы фторурацила, сандостатина, антибиотики широкого спектра действия и симптоматическую терапию. Больным с инфицированным панкреонекрозом на 16-18 сутки, при наличии свободной жидкости, было выполнено дополнительное дренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ, что позволило избежать возникновения абсцессов. Все больные были выписаны в различные сроки от начала заболевания. Летальный исход отмечен в 2 случаях. Выводы и рекомендации. Таким образом, раннее миниинвазивное оперативное пособие при БП позволяет дренировать желчное древо что приводит к снижению давления в билиарном и панкреатическом трактах. Позволяет произвести оценку поражения поджелудочной железы и подобрать адекватную тактику консервативного лечения. Применение УЗ пункционных методик позволяет избежать возникновения дополнительных осложнений.

79.Метод «fast-track» в лечении паховых грыж

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

Душанбе, Таджикистан

- 1) ТГМУ им. Абуали ибни Сино
- 2) ГУ Городской центр скорой медицинской помощи

Актуальность. Диагноз «грыжа паховой области» - является одним из наиболее распространенных заболеваний плановой хирургии. Данная патология является ведущей среди наружных грыж живота, а операции по ее поводу одно из наиболее часто выполняемых вмешательств в хирургическом стационаре. Чаще всего данная патология возникает у работоспособного слоя населения, что послужило причиной поисков оптимальных и краткосрочных методов ее устранения. Проведенные исследования привели к формированию и научному обоснованию различных концепций, в свою очередь, приведших к возникновению метода «Fast Track Surgery» - хирургия ускоренного выздоровления». Сущность данного метода заключается в мультимодальной подготовке пациента к хирургическому вмешательству, что в свою очередь, приводит к сокращению сроков пребывания пациента в стационаре, снижает психоэмоциональную нагрузку и количество послеоперационных осложнений, а также позволяет снизить материальные затраты клиники на пациента. Лапароскопические операции, применяющиеся во всех областях хирургии, нашли свое применение и в герниологии. Так одним из современных методов лечения паховых грыж является методика TAPP применяемая при различных видах паховых грыж. Материал и методы. На отделении эндовидеохирургии ГУ ГЦ СМП г.Душанбе за 2018 год было лапароскопическим методом было прооперировано 26 пациентов с различными видами паховых грыж. Мужчин было 22, женщин 4. Возраст больных варьировал от 18 до 67 лет. Следует отметить, что основная масса больных была трудоспособного возраста. В основном преобладали больные с правосторонними косыми грыжами. Размеры грыжевого выпячивания соответствовали II, III и IIIБ типу, согласно классификации Найхуса. Полученные результаты. Все больные подготавливались к операции по методу «fast-track» для проведения оперативного вмешательства по технологии TAPP.

Основными целями подготовки по «fast-track» были - психологическая подготовка, антибиотикопрофилактика, профилактика отторжения сетчатого имплантата, послеоперационное обезболивание, ранняя активация и питание больных. Все операции были выполнены под эндотрахеальным наркозом, больным выполнялась TAPP по классической методике. В послеоперационном периоде больные, после адекватного обезболивания, самостоятельно активировались к концу первых суток и были выписаны на следующие сутки после выполнения оперативного пособия. Следует отметить развитие у одного пациента серомы, просимулировавшей рецидив заболевания, однако, после применения противовоспалительных и рассасывающих препаратов данное осложнение было устранено. Выводы и рекомендации. Таким образом, мы можем отметить, что применение метода «fast-track» в хирургии паховых грыж является обоснованным и желательным методом лечения. Для его адекватного применения и получения хороших результатов необходимы психоэмоциональная подготовка больных, применение «ненатяжных» эндовидеохирургических техник и индивидуальный подход в каждом конкретном случае.

80.Отдаленные результаты лечения и качество жизни у оперированных больных, оперированных по поводу тяжелого острого панкреатита

Цеймах Е.А. (1,2), Бомбизо В.А. (2),
Булдаков П.Н. (1,2), Аверкина А.А. (1,2),
Устинов Д.Н. (2), Удовиченко А.В. (1,2),
Малетин С.А. (3)

Барнаул

- 1) Алтайский государственный медицинский университет
- 2) Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи
- 3) Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Актуальность. Острый панкреатит является одним из распространенных заболеваний органов брюшной полости и занимает третье место, в структуре urgentных заболеваний, уступая лишь острому аппендициту и холециститу. Спектр применяющихся по показаниям хирургических вмешательств разнообразен: от чрескожных пункционно-дренирующих до обширных открытых операций. В большинстве работ оценивается эффективность того или иного метода по непосредственным результатам лечения – уровню летальности и частоте развития гнойных осложнений. В то же время изучению отдаленных результатов и анализу качества жизни пациентов после различных хирургических подходов, используемых в лечении больных тяжелым панкреатитом, уделяется меньше внимания. Цель нашего исследования – проанализировать особенности течения отдаленного периода после перенесенного тяжелого острого панкреатита и сравнить качество жизни пациентов и отдаленные результаты лечения в зависимости от примененного хирургического вмешательства. Материалы и методы. Нами проанализированы отдаленные результаты лечения 64 (29,4%) больных из 218 выписанных пациентов, подвергнутых хирургическому вмешательству по причине некротического панкреатита и находившихся на лечении в хирургических отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул в период с 2011 по 2016 гг. Из них мужчин было 34 (53,1%), а женщин – 30 (46,9%), в возрасте от 31 до 92 лет ($60,4 \pm 1,1$). Среди анализируемых пациентов у 38 (59,4%) был инфицированный панкреонекроз, а у 26

(40,6%) – стерильный. Отдаленные результаты изучены в сроки от 2 до 7 лет после перенесенного острого панкреатита. Анализируемые пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от использованного вида хирургического вмешательства. В первую группу были включены больные только с открытыми операциями (лапаротомия, люмботомия) – 31 (48,4%) наблюдение. Во второй группе было 33 (51,6%) пациента с комбинацией различных хирургических вмешательств, включая малоинвазивные с поэтапным применением по показаниям традиционных, либо только малоинвазивные (чрескожные пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвукового исследования и рентгенотелевизионного наведения, видеолапароскопия, оментобурсоскопия, ретроперитонеоскопия). При изучении отдаленных результатов лечения и оценки качества жизни пациентов нами были использованы следующие методы: анкетирование – опросник GIQLI, клинический осмотр, определение уровня глюкозы в крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная (или магнитно-резонансная) томография органов брюшной полости. Также нами были проанализированы данные ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» на наличие факта стойкой утраты трудоспособности (либо признание инвалидом) после перенесенного острого тяжелого панкреатита у исследуемых больных. Результаты и обсуждение. Нами проведен анализ анкетных данных пациентов в обеих группах. Так, у больных во второй группе, в хирургическом лечении которых были включены малоинвазивные вмешательства, качество жизни (GIQLI $106,18 \pm 2,98$ балла) было достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных первой группы после открытых операций (GIQLI $96,87 \pm 3,18$ балла), но ниже, чем в здоровой популяции (GIQLI $125,18 \pm 1,00$ балл). Факт стойкой утраты трудоспособности и признание пациента инвалидом после перенесенного острого тяжелого панкреатита были проанализированы нами на основании данных ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» у исследуемых больных. В бюро поликлиниками города было направлено 33 (15,1%) из 218 выписанных пациентов. Из них причиной присвоения группы инвалидности стали: у 9 (27,3%) пациентов хронический панкреатит с экзокринной недостаточностью, у 4 (12,1%) – сахарный диабет после острого панкреатита и у 20 (60,6%) – другие сопутствующие заболевания (инфаркт, инсульт, атеросклероз, сердечная недостаточность и т.д.).

Среди направленных пациентов только у 13 (5,96%) причиной явились последствия острого тяжелого панкреатита. Так при анализе выхода на инвалидность у оперированных больных острым тяжелым панкреатитом нами установлено, что во второй группе у больных с применением этапной хирургической тактики включающей малоинвазивные вмешательства (3 (9,1%) пациента) было достоверно меньше ($p<0,05$) признано инвалидами, чем во второй группе после открытых вмешательств (10 (32,3%) пациентов). Достоверных различий в группах в присвоении инвалидности по причине развития сахарного диабета после острого панкреатита нами не выявлено ($p>0,5$). Хронический панкреатит, как причина признания пациента инвалидом, у 8 (25,8%) больных в первой группе, оказалась достоверно чаще ($p<0,05$), чем у больных второй группы (2(6,1%) больных). У 17 (26,6%) больных из 64 обследованных возник рецидив острого панкреатита. При изучении частоты возникновения рецидива острого панкреатита в отдаленном периоде у оперированных больных панкреонекрозом в группах нами выявлено, что в первой группе их количество составило 13 (20,3%), что достоверно выше ($p<0,05$), чем во второй группе - 4 (6,3%) больных, в хирургическом лечении которых были использованы малоинвазивные вмешательства. Экзокринную недостаточность поджелудочной железы в отдаленном периоде мы оценивали по потребности постоянного приема заместительной ферментной терапии. Из 64 опрошенных больных 19 (29,7%) пациентов отметили постоянную потребность в приеме препаратов. При этом пациенты первой группы (13 (41,9%)) нуждались в приеме ферментных препаратов в 2,3 раза чаще, чем больные второй группы (6 (18,2%)). Различие статистически значимо ($p<0,05$). Эндокринную недостаточность оценивали по наличию сахарного диабета после перенесенного острого панкреатита у исследуемых групп больных. Для этого у всех больных было проведено исследование уровня глюкозы крови. У больных первой группы, в лечении которых были использованы только открытые вмешательства, сахарный диабет развился у 8(25,8%) пациентов, и у 5(15,2%) пациентов второй группы. При сравнении результатов исследований в группах в частоте развития сахарного диабета после острого панкреатита статистически значимых различий нами не выявлено ($p=0,38$). Из 64 обследованных пациентов в отдаленном периоде у 35 (54,7%) больных выявлены послеоперационные грыжи передней брюшной стенки и у 7 (10,9%) пациентов – панкреатические или дигестивные свищи. При

анализе результатов в группах нами выявлено, что у больных первой группы (27 (87,1%)) послеоперационные грыжи образуются чаще, чем у больных второй группы (8 (24,2%)). Различия статистически значимы ($p<0,001$). Панкреатические и дигестивные свищи достоверно реже ($p<0,05$) встречались у больных второй группы (1 (3,0%)), чем у больных первой (6 (19,4%)). Всем больным проведен комплекс современных визуализирующих обследований, включающий ультразвуковое исследование и компьютерную (или магнитно-резонансную) томографию органов брюшной полости для оценки морфологических изменений в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке в отдаленном периоде. При этом у 5 (16,1%) больных первой группы и у 2 (6,1%) пациентов второй группы выявлены постнекротические кисты поджелудочной железы. Различия статистически незначимы ($p=0,24$). Выводы. 1. При выборе оптимальной хирургической тактики у больных острым тяжелым панкреатитом следует ориентироваться не только на клинко-лабораторные и инструментальные данные (фаза течения заболевания, распространенность процесса, тяжесть больного, инфекционные осложнения), но и учитывать возможное снижение качества жизни пациента в отдаленном периоде. 2. В результате сравнения двух групп больных, отличающихся между собой по примененным лечебно-тактическим подходам, нами установлено, что по большинству изучаемых параметров в группе больных, в хирургическом лечении которых был использован комбинированный поэтапный подход, включающий малоинвазивные вмешательства или только малоинвазивные операции, получен достоверно лучший результат в отдаленном периоде (выше качество жизни, меньшая частота выхода на инвалидность, меньшее количество рецидивов острого панкреатита, меньшая потребность в приеме ферментных препаратов, меньшее количество дигестивных и панкреатических свищей и меньшая вероятность формирования послеоперационных вентральных грыж). 3. Развитие в отдаленном периоде у больных, перенесших тяжелый острый панкреатит, сахарного диабета и постнекротических кист поджелудочной железы одинаков в обеих группах пациентов, перенесших комбинированный этапный подход с применением малоинвазивных и «открытых» оперативных вмешательств и только традиционных операций.

81.Лапароскопия при непроходимости тонкой кишки

*Антонян С.Ж., Ярцев П.А., Лебедев А.Г.,
Левитский В.Д., Селина И.Е., Шаврина Н.В.*

Москва

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

Лапароскопия при непроходимости тонкой кишки. Антонян С.Ж., Ярцев П.А., Лебедев А.Г., Селина И.Е., Левитский В.Д., ГБУЗ НИИ СП им.Н.В.Склифосовского ДЗМ, Москва Актуальность темы: Тонкокишечная непроходимость (ТнКН) - наиболее частое осложнение спаечной болезни, встречающееся у 67-93% больных, перенесших операцию на органах брюшной полости. Обращает на себя внимание, что более чем у трети больных, оперированных по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, при лапаротомии обнаруживаются единичные спайки, при этом травматичность доступа превышает интраабдоминальную травму и приводит к развитию новых сращений. Таким образом представляется перспективным преимущественное использование консервативного лечения, а при необходимости хирургического использования лапароскопического доступа. Цель: Оценить возможности лапароскопического доступа в лечении больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью. Материалы и методы. За период 2012-2017 годы в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского оперировано 148 больных с ТнКН. Из них лапароскопическим доступом 37 больных (25%). Средний возраст составил $41,2 \pm 3,6$ лет. Мужчин было 16 (43,8%), женщин 21 (56,2%). В диагностическом алгоритме использовали клинические данные, результаты инструментальных методов обследования: ультразвуковое, рентгенологическое, в том числе контрастное исследование желудочно-кишечного тракта. При поступлении клиническая, инструментальная картина странгуляции тонкой кишки и перитонита явились показанием к экстренной операции. Остальным больным начинали консервативную терапию. Нарушение сроков пассажа водорастворимого контрастного вещества или РФП из тонкой кишки в ободочную кишку в течении 6-12 часов явилось показанием к выполнению хирургического вмешательства. После разрешения спаечной кишечной непроходимости

консервативным методом, пациентам с рецидивирующими явлениями кишечной непроходимости (от 3 до 6 раз в год) устанавливали показания к плановому лапароскопическому адгезиолизису. Результаты: При поступлении экстренно оперировано 6 (16,3%) пациентов. После неэффективного консервативного лечения у 21 (83,7%) больной. Конверсия выполнено 4 пациентам. Показаниями к конверсии явился распространенный разлитой перитонит (2,1%); некроз или сомнения в жизнеспособности кишки (4,2%); тотальный спаечный процесс в брюшной полости (2,1%). У 4 больных с острой кишечной непроходимостью наличие перерастянутых петель тонкой кишки потребовало лапароскопической интраоперационной назоинтестинальной интубации. 10 пациентов оперировано в плановом порядке. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных (8,1%), у одного больного (2,7%) в виде развития послеоперационного пареза (I по Clavien-Dindo), разрешенного консервативно. У второго (2,7%) нагноения послеоперационной раны (I по Clavien-Dindo). У третьей больной (2,7%) интраоперационно во время лапароскопического адгезиолизиса произошла травматизация участка тонкой кишки с перфорацией, которая ушита эндоскопически. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 5 сутки. Умерших пациентов не было, что мы связываем с соблюдением показаний и правил безопасности хирургического вмешательства. При наблюдении в течении 5 лет у группы больных оперированных в плановом порядке рецидивов проявлений спаечной непроходимости не наблюдалось. Заключение. При установлении показаний к хирургическому лечению доступом выбора является лапаротомия, однако в 17% возможно использование лапароскопического доступа.

82. Выбор метода хирургического лечения острого аппендицита при беременности

*Бомбизо В.А. (2), Булдаков П.Н. (1, 2),
Аверкина А.А. (1, 2), Устинов Д.Н. (2),
Удовиченко А.В. (1, 2)*

Барнаул

- 1) Алтайский государственный медицинский университет
- 2) Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Острый аппендицит встречается в 0,03-5,2% случаев и считается наиболее распространенным хирургическим заболеванием у беременных. По настоящее время не существует единого мнения о выборе метода хирургического лечения острого аппендицита при беременности. Цель нашего исследования - изучить результаты хирургического лечения у беременных с острым аппендицитом. Определить возможность применения лапароскопической аппендэктомии на различных сроках беременности. Материалы и методы. В период с 2015 по 2017 гг. в хирургических отделениях КГБУЗ ККБСМП было прооперировано 86 беременных с острым аппендицитом в различные сроки гестации. Лапароскопический доступ был применен у 78 женщин: в I триместре у 39, во II – у 32 и в III – у 7. Аппендэктомия доступом Волковича-Дьяконова выполнена у 7 женщин: во II триместре у 2 пациенток и в III – у 5. Срединная лапаротомия была выполнена 1 пациентке с распространенным перитонитом, причиной которого стал гангренозно-перфоративный аппендицит у беременной на 36 неделе. Результаты. У всех больных осложнений в послеоперационном периоде не было. Длительность нахождения в стационаре составила от 4 до 10 суток и зависела от выбранного методом оперативного лечения, а также необходимости коррекции сопутствующей патологии. 1 пациентка с распространенным перитонитом была родоразрешена посредством кесарева сечения во время аппендэктомии срединным доступом. Выводы. 1. В 90,7% случаев у беременных с острым аппендицитом возможно выполнение аппендэктомии лапароскопическим доступом независимо от срока гестации. 2. В случаях распространенного перитонита у больных острым аппендицитом при беременности предпочтительно использование «открытых» вмешательств.

83. Локальные методы деструкции в лечении первичного рака печени

*Фурсов С.А. (1, 2), Трандофилов М.М. (1),
Овчаров С.Э. (1), Светашов В.С. (1),
Сизова А.Н. (1), Зинатулин Д.Р. (1, 2)*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И.Евдокимова Минздрава России
- 2) ГБУЗ ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ

Актуальность: Ежегодный рост больных со злокачественными заболеваниями печени (прирост данного показателя по сравнению с 2016 г. составил 1,4%), поздняя выявляемость с III ст- 23,5 и 29,1%; IVст. – 49,2 и 40,4%) ведут к повышению показателей онкологической смертности от данного заболевания. Первичный рак печени связан с болезнью печени вне зависимости от специфической причины заболевания. Низкий социальный образ жизни, увеличение предрасполагающих факторов ведущих к развитию хронических заболеваний печени приводят к увеличению числа пациентов входящих в группу высокого риска по первичному раку печени. Материалы и методы. Проведен анализ комплексного лечения 51 больного с первичным раком печени. В качестве хирургического этапа лечения больным выполнялись локальные методы деструкции опухоли: РЧА или МВА. Больные, в зависимости от метода локальной деструкции, были разделены на 2 группы: первая – 24 (47%) больных, которым выполнялась микроволновая абляция опухоли, вторая – 27 (53%), которым выполнялась радиочастотная абляция опухоли. Средний возраст в первой группе – 65,5 ± 8,1 лет, 15 (62%) мужчин и 9 (38%) женщин, локализация в правой доле печени - 16 (64%), в левой доле - 9 (36%) больных, ГЦР 19 (79%) и ХЦР (внутрипеченочный) 5 (21%) больных. По Барселонской классификации стадирования ГЦР: стадия А – 5 (21%) больных; стадия В – 14 (58%) больных. По классификации TNM для ХЦР: стадия III – 5 (21%) больных. Предоперационная ТАХЭ выполнена 7 (28%) больным. Средний возраст во второй группе – 62,5 ± 6,5 года, мужчин 17 (63%), женщин 10 (37%), локализация опухоли в правой доле печени – 17 (63%), в левой доле – 10 (37%), ГЦР - 26 (96%) и ХЦР (внутрипеченочный) - 1 (4%) больной. По Барселонской классификации стадирования ГЦР: стадия А – 3 (11%) больных; стадия В – 23 (85%) больных. По классификации TNM

для ХЦР: стадия III – 1 (4%) больной. Предоперационная ТАХЭ получили 6 (22%) больных. Для выполнения МВА использовалась система микроволновой абляции опухоли Ave Cure MWG881 MedWaves США, мощность воздействия микроволнового генератора $32 \text{ Вт} \pm 2 \text{ Вт}$, выходная частота микроволн 902 – 928 МГц. Для выполнения РЧА, использовалась система радиочастотной абляции опухоли Cool-tip серии E Covidien Ирландия с рабочей частотой 500-600 кГц мощностью 200 Ватт. Результаты. Результаты лечения в первой группе: интраоперационная кровопотеря не превышала 5 мл; среднее время воздействия – $9,08 \pm 2,38$ мин; послеоперационный койко-день – $4,64 \pm 2,27$ дня. Послеоперационные осложнения в первой группе – 12%: остаточная полость – 1; внутripеченочная гематома – 1; некроз стенки толстой кишки – 1 больной. Летальных исходов и местных рецидивов не наблюдалось. Выживаемость: 1-летняя – 87%, 2-х летняя 63%, 3-х летняя – 42%. Медиана выживаемости составила 32 месяца. Результаты комплексного лечения первичного рака печени во второй группе больных: интраоперационная кровопотеря не превышала 5 мл; время воздействия – $18,59 \pm 4,05$ мин.; послеоперационный койко-день – $5,44 \pm 2,3$ дня. Послеоперационные осложнения во второй группе – 19 %: кровотечение из места вкола электрода – 1; остаточная полость – 1; внутripеченочная гематома – 1; ожог кожи – 1; острая печеночная недостаточность – 1. Летальность в послеоперационном периоде составил 3,7% (1 больной – в раннем послеоперационном периоде у больного развился острый инфаркт миокарда). Местных рецидивов не наблюдалось. Выживаемость: 1-летняя составила 85 %, 2-х летняя – 54%, 3-х летняя 38%. Медиана выживаемости в данной группе больных составила 23 месяца. Заключение: Применение локальных методов деструкции у больных с первичным раком печени позволило уменьшить операционно - анестезиологические риски в группе соматически ослабленных больных, увеличить продолжительность и качество жизни, позволило продлить период ожидания трансплантации печени.

84. Робот-ассистированная хирургия при генерализованной миастении

Аблицов А.Ю., Ветшев П.С., Аблицов Ю.А., Лукьянов П.А., Крячко В.С.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава РФ

Актуальность: Стернотомия и торакотомия до недавнего времени являлись основными доступами при вмешательствах на вилочковой железе (тимусе) у пациентов, страдающих генерализованной миастенией. Доступ занимал значительную часть времени. За последние два десятилетия основным направлением развития хирургии стала минимизация хирургической травмы. Дальнейший прогресс миниинвазивной хирургии привел к появлению робот-ассистированных технологий (РАТ), быстро доказавших свои преимущества в различных областях хирургии. Материал и методы: В НМХЦ им И.М. Пирогова в период с 2005г. по 2018г. было выполнено 417 хирургических вмешательств у больных с заболеваниями вилочковой железы. Среди них 23 хирургических вмешательства с применением роботизированного хирургического комплекса Da Vinci Si (PXX) и 42 видеоторакоскопических вмешательства по поводу генерализованной миастении (2а-3в), выполненных в один промежуток времени. Полученные результаты: Изучены ближайшие и отдаленные результаты робот-ассистированных и видеоторакоскопических вмешательств. Для сравнения непосредственных результатов использованы следующие показатели: длительность ИВЛ и операции, число интраоперационных и послеоперационных осложнений, объем кровопотери, число конверсий, продолжительность пребывания в отделении реанимации, необходимость гемотрансфузии и повторных операций, длительность дренирования, сроки реабилитации пациента, продолжительность послеоперационного периода. Всем больным проводили анализ выраженности и эффективности компенсации миастенических расстройств после операции согласно международной классификации клинических проявлений (G.Keynes) через 12, 36 и 60 месяцев. Достоверно значимые различия в группах отмечены только в длительности операции ($205,6 \pm 38,7$ мин при робот-ассистированных операциях и $124,7 \pm 42,8$ мин при торакоскопических

операциях), однако, с набором опыта отмечено уменьшение времени до 120-140 мин и 60-70 мин соответственно. Выводы: Сравнение робот-ассистированных и видеоторакоскопических тимэктомий у больных генерализованной миастенией показало отсутствие достоверных отличий по всем изучаемым показателям. Однако, требуется дальнейшее накопление клинического опыта для сравнения робот-ассистированных и видеоторакоскопических вмешательств.

85. РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Ветшев Ф.П., Черноусов А.Ф., Осминин С.В.,
Хоробрых Т.В., Чесарев А.А.*

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский
университет) Минздрава РФ

Актуальность. Логичным продолжением развития лапароскопического направления в хирургии стало появление в 2000 году роботизированного хирургического комплекса (РХК) «da Vinci», и выполненная тогда же первая робот-ассистированная фундопликация (РАФ) Nissen. В настоящее время в мире накоплен небольшой опыт применения РХК в лечении пациентов с рефлюкс-эзофагитом (РЭ) и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), однако число ежегодно выполняемых операций увеличивается. Остается дискуссионным вопрос целесообразности применения РХК у больных с ГПОД и РЭ, ввиду малого числа проведенных исследований и полученных противоречивых результатов. Материалы и методы. Всего с использованием РХК была выполнена 41 операция. Первые 4 больных были оперированы с кардиальной ГПОД, РЭ средней степени тяжести. Проведенный клинико-технический анализ не позволил выявить явных преимуществ перед аналогичными лапароскопическими операциями и этих 4

пациентов исключили из работы. В исследование вошли 37 пациентов находившихся на лечении в КФХ им. Н.Н. Бурденко Сеченовского Университета в период с 2015 по 2018 гг. (средний возраст 56,2±10,9 лет). У 22(60%) больных диагностировали кардиофундальную, у 13(35%) - субтотальную и у 2(5%) - тотальную ГПОД. У 18(48%) больных наблюдали сопутствующие заболевания: язвенную болезнь желудка и ДПК у 8(22%), желчнокаменную болезнь у 7(19%) и пищевод Барретта с дисплазией эпителия низкой степени у 4(11%). Всем пациентам выполняли РАФ в модификации А.Ф. Черноусова, с крурорафией без использования сетчатых эндопротезов. Операции выполняла одна бригада хирургов на РХК «da Vinci Si» (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA). Полученные результаты. Средняя продолжительность операции составила 122±37 минуты. Средняя кровопотеря была 20±9 мл. Ни в одном из наблюдений не было конверсии доступа и повторного вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Крурорафию выполнили 31(85%) пациентам, при этом 10(26%) произвели не только заднюю, но и переднюю. Среди интраоперационных осложнений было 1 краевое ранение печени, 1 кровотечение из короткой артерии желудка при неадекватной коагуляции роботическим монополярным крючком и 1 локальное десерозирование стенки желудка при его тракции и низведении из средостения. В послеоперационном периоде у 1(3%) больного наблюдали явления гастростаза и у 1 развитие временной умеренной дисфагии, вероятно из-за сложности мануального контроля степени натяжения тканей при формировании манжетки (Clavien-Dindo II). Средний срок пребывания в стационаре составил 5±1,3 суток. Медиана наблюдения была 14±3,6 мес. В отдаленном периоде проведенное комплексное обследование не выявило рецидива ГПОД или РЭ. Обсуждение. При анализе мировой литературы с 2001 года нами найдено 49 публикаций, посвященных применению РХК у взрослых больных с РЭ и ГПОД (10 обзоров литературы, 4 метаанализа, 5 рандомизированных клинических исследований, 17 когортных исследований и клинические наблюдения). Представленные результаты не позволили выявить существенных различий при сравнении РАФ и лапароскопических операций у больных с кардиальными ГПОД (I типа) и РЭ. По числу интра- и послеоперационных осложнений, частоте конверсий и длительности госпитализации достоверных различий получено не было. Использование РХК было сопряжено с увеличением времени операции и повышением себестоимости.

Лишь несколько исследований продемонстрировали более хорошие результаты в группе РАФ за счет меньшей кровопотери и лучших показателей градиента давления в нижнем пищеводном сфинктере. Выводы. Проведенный анализ позволил сделать выводы о том, что выполнение робот-ассистированных операций безопасно, является целесообразным и оправданным у больных с кардиофундальными, субтотальными и тотальными ГПОД. Рекомендации. Считаем неоправданным использование РХК в хирургическом лечении пациентов с РЭ и/или кардиальной ГПОД, в связи с отсутствием доказанных преимуществ перед аналогичными лапароскопическими операциями.

86. Лечение ахалазии и диффузного спазма пищевода малоинвазивными методами

Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Галашокян К.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Нервно-мышечные заболевания в настоящее время занимают среди доброкачественных заболеваний пищевода второе место. Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода путем усовершенствования видеоэндохирургических методик. Материал и методы. В Ростовском государственном медицинском университете произведено 99 лапароскопических и 7 торакоскопических операций в связи с ахалазией пищевода, еще 4 пациента оперированы по поводу диффузного спазма пищевода. Проанализированы технические аспекты выполнения видеоэндоскопических оперативных вмешательств при нервно-мышечных заболеваниях пищевода, изучены интраоперационные осложнения и возможности их устранения. Полученные результаты и обсуждение. Основным видом оперативного вмешательства при ахалазии пищевода является экстрамукозная эзофагокардиомиотомия (операция Геллера) с передней фундопликацией по Дору, выполнение

которой возможно как из лапароскопического, так и из левостороннего торакоскопического доступов. Лапароскопические операции менее травматичны и более предпочтительны. Мобилизация пищевода производится нами только по передней его поверхности, что позволяет максимально щадить кровоснабжение и иннервацию пищевода и зоны пищеводно-желудочного перехода, рассечение мышечных волокон производится только по передне-левой стенке. Передняя фундопликация по Дору в большинстве случаев не требует мобилизации желудка. У 12 из 106 пациентов с ахалазией пищевода (11,3%) во время операции была повреждена слизистая оболочка пищевода. Повреждение пищевода наиболее часто происходит в области пищеводно-желудочного перехода в связи с наибольшей выраженностью в этой зоне рубцовых изменений. У 4 больных возникновение данного осложнения (3,8%) потребовало выполнения конверсии, у 8 (7,5%) – дефекты слизистой были ушиты видеоэндоскопически. При ушивании поврежденного участка необходимо использовать рассасывающийся шовный материал 3/0 или 4/0, накладывая швы слева направо с обязательным захватыванием в шов мышечного слоя пищевода по правой его стенке. Других причин для выполнения конверсии не было, осложнений, связанных с ее выполнением, также не отмечалось. Операции при диффузном спазме пищевода – экстрамукозная эзофагомиотомия от дуги непарной вены до пищеводно-желудочного перехода (операция Биокка) – выполняются из правостороннего торакоскопического доступа, позволяющего добиться наилучшей визуализации оперируемого органа. При данном вмешательстве мобилизация пищевода производится только по передней его стенке. Интраоперационных осложнений и конверсий при выполнении операций у больных диффузным спазмом пищевода не было. Выводы и рекомендации. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические операции при ахалазии пищевода менее травматичны и легче переносятся пациентами. Во время оперативного вмешательства по поводу нервно-мышечных заболеваний не следует производить избыточную мобилизацию пищевода. Повреждение слизистой оболочки пищевода не всегда является показанием к конверсии, в большинстве случаев возможно ушивание дефекта видеоэндоскопически, соблюдая определенные технические моменты. Операции при диффузном

спазме пищевода целесообразно выполнять из правостороннего торакоскопического доступа.

87. Лечение доброкачественных новообразований средостения и пищевода видеоэндоскопическими методиками

*Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М.,
Галашокян К.М., Меликова С.Г.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Новообразования средостения составляют от 0,6 до 3% всех опухолей. Неэпителиальные опухоли пищевода встречаются в 2,7 – 5% новообразований пищевода, 50 – 70% из них приходится на лейомиомы. Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения больных доброкачественными новообразованиями средостения и пищевода путем усовершенствования видеоэндоскопических методик. Материал и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 37 видеоэндоскопических операций в связи с доброкачественными новообразованиями средостения и 22 (16 – торакоскопических и 6 – лапароскопических) – по поводу доброкачественных новообразований пищевода. Показаниями к операциям при доброкачественных новообразованиях средостения у 18 пациентов явились липомы кардиодиафрагмального угла, у 5 – невриномы заднего средостения, у 14 – кисты перикарда. У 34 пациентов выполнялась торакоскопическая биопсия лимфатических узлов средостения с диагностической целью. В зависимости от локализации патологического процесса в 47 наблюдениях использовался правосторонний торакоскопический подход, у 24 – левосторонний. Среди доброкачественных новообразований пищевода у 14 пациентов имели место лейомиомы, у 2 – фибромы, у 1 – липома, у 1 – рабдомиома, у 3 – кисты, в одном наблюдении у пациентки 14 лет мы встретились с редко встречающейся опухолью Абрикосова.

Торакоскопический доступ к пищеводу применялся при локализации патологического процесса в средней и верхней трети его грудного отдела и во всех случаях осуществлялся справа. Лапароскопический подход осуществлялся при расположении новообразования в абдоминальном и нижнегрудном отделах пищевода. Полученные результаты и обсуждение. Нами определены критерии доступа к органам средостения и пищеводу в зависимости от локализации патологического процесса и типа телосложения человека. Проведенными клинко-анатомическими исследованиями выявлено, что наилучшие критерии оперативного торакоскопического подхода при операциях по поводу доброкачественных новообразований средостения и грудного отдела пищевода обеспечиваются у пациентов брахиморфного типа телосложения, наихудшие – при долихоморфном типе. Наиболее адекватные параметры критериев доступа наблюдаются при локализации патологического процесса в переднем или среднем средостении, а также на уровне средней трети пищевода, наименее – в верхнем средостении или на уровне верхнегрудного отдела. Выводы и рекомендации. Видеоэндоскопические вмешательства являются операциями выбора у пациентов с доброкачественными новообразованиями средостения и пищевода. Планирование доступов к выполнению операций на средостении и пищеводе должно осуществляться индивидуально с учетом типа телосложения и локализации патологического процесса.

**88.Робот-ассистированная хирургия опухолей
вилочковой железы***Аблицов А.Ю., Ветшев П.С., Аблицов Ю.А.,
Крячко В.С., Лукьянов П.А.*

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И.Пирогова» Минздрава РФ

Актуальность: В последнее время все чаще в зарубежной литературе стали появляются публикации о применении миниинвазивных технологий в хирургическом лечении больных с опухолями тимуса. В отечественной научной литературе сообщения на эту тему единичны. По сравнению с традиционными доступами миниинвазивные методы сопровождаются меньшим хирургическим стрессом, способствуют более быстрой реабилитации больных, при хорошем косметическом эффекте. Особый интерес представляет собой публикации об использовании роботизированного комплекса Да Винчи (РХК) для выполнения тимомтимэктоми (ТТЭ). Материал и методы: С использованием РХК оперировано 16 пациентов в возрасте от 26 до 65 лет (средний возраст $51,8 \pm 10,1$ лет), ВТС – 51 больной в возрасте от 28 до 78 лет ($52,7 \pm 12,6$ лет) за один промежуток времени. С помощью роботизированного комплекса Da Vinci 11 (16,4%) пациентам выполнена ТТЭ; 4 (6,0%) – расширенная ТТЭ, 1 (1,5%) – циторедуктивная операция. В группе ВТС вмешательств 38 (56,7%) пациентам выполнена ТТЭ, в 7 (10,5%) случаях – расширенная ТТЭ, у 6 (9,0%) больных – циторедуктивная операция. Из 67 миниинвазивных операций у 56 (83,6%) пациентов был использован правосторонний доступ. У оставшихся 11 (16,4%) больных вмешательство было выполнено слева и исключительно с помощью ВТС. Полученные результаты: Сравнительная оценка 16 РА операций и 51 ТТЭ, выполненной посредством ВТС за один и тот же период, показала наличие достоверных различий по длительности вмешательства. Средняя продолжительность РА операции составила $139,7 \pm 25,1$ мин., ВТС операции $93,6 \pm 25,0$ мин. По мере накопления опыта время РА ТТЭ сокращалось и соответствовало времени выполнения ВТС вмешательства. В исследуемых группах интраоперационных осложнений не зафиксировано. Койко-день в реанимационном отделении после РА операции составил $1,1 \pm 0,2$ сут., после ВТС – $1,5 \pm 0,3$ сут.. Продолжительность

применения сопоставимых доз НПВС после РА операции составил $1,6 \pm 0,8$ сут., после ВТС ТТЭ – $1,8 \pm 0,9$ сут.. Срок дренирования после РА удаления опухоли тимуса составил $1,4 \pm 0,5$ сут., после ВТС вмешательства – $1,6 \pm 0,7$ сут.. Послеоперационный койко-день составил $6,1 \pm 1,4$ сут. после РА ТТЭ, после ВТС удаления опухоли тимуса этот показатель достиг $6,5 \pm 1,8$ сут.. Послеоперационный период осложнился в одном случае после ВТС удаления опухоли тимуса в виде ухудшения миастенического статуса. Послеоперационная летальность отсутствовала. Различия по вычисленным параметрам между группами РА и ВТС вмешательств были статистически недостоверны. Анализ отдаленных результатов 60 радикальных миниинвазивных ТТЭ с точки зрения онкологического процесса показал отсутствие локорегиональных рецидивов и прогрессирования заболевания у всех пациентов. Сравнение отдаленных результатов хирургического лечения генерализованной миастении так же не выявило статистически достоверных различий между группами больных. Выводы: РА операции являются безопасным методом хирургического лечения пациентов с новообразованиями вилочковой железы, ассоциированных с миастенией и без неё. При этом эффективность РА удаления опухоли тимуса сопоставима с ВТС ТТЭ.

**89.Повышение безопасности при проведении
гистерорезектоскопии***Сагамонова К.Ю., Арабаджан С.М., Золотых О.С.,
Пивоварчик С.Н.*

Ростов-на-Дону

Центр репродукции человека и ЭКО

Актуальность. Успехи развития малоинвазивной хирургии и внедрение современных эндоскопических технологий позволяют расширить показания к органосберегающим операциям уменьшив частоту радикальных хирургических вмешательств. С помощью операции гистерорезектоскопия возможно удаление миоматозных узлов стенок матки, удаление

полипов и других образований, которые ранее проводились в условиях лапароскопических технологий. Принцип метода заключается в необходимости растяжения полости матки, что позволяет с высокой степенью точности диагностировать патологический процесс (полипы эндометрия, миоматозные узлы и др.) с последующим их удалением. Важную роль при растяжении полости матки играет выбор оптимальной среды вводимой через гистероскоп, причем наиболее оптимальной считается раствор глюкозы.

Проведение операций гистерорезектоскопии сопряжено с риском развития различных осложнений: травматические повреждения, кровотечение, отек легких, отек мозга, подкожная эмфизема и др. Это диктует необходимость выработки правильной тактики при проведении гистерорезектоскопии. Материал и методы. Нами проведен анализ хода операций у 97 пациенток, которым перед программой ЭКО произведена гистерорезектоскопия по различным показаниям. У 38 женщин произведено удаление полипов, у 78 – удаление миоматозных узлов матки. Продолжительность операции составила 25-87 минут, общая кровопотеря оценена 15-75 мл, восполнение осуществлялось растворами сбалансированных электролитов. В полость матки вводилось от 970 до 3,8 л раствора 5% глюкозы, в связи с чем проводился контроль гликемии и учитывался водный баланс (объем введенной глюкозы в полость матки через гистероскоп и выведенной глюкозы из полости матки). Всем пациентам проводился кардиомониторинг (АД, ЧСС, ЭКГ, частота дыхания, пульсоксиметрия, капнография). Полученные результаты. Необходимо отметить, что на начальном этапе проведения гистероскопий мы наблюдали два осложнения: в одном случае развился отек легких с высокой гипергликемией (до 37 ммоль/л), в другом – выраженная подкожная эмфизема. Обеим пациенткам потребовалась комплексная интенсивная терапия с проведением коррекции нарушенных показателей гомеостаза в течение 7-10 дней, после чего они были выписаны в удовлетворительном состоянии с полным выздоровлением. Анализ этих наблюдений позволил нам выработать единую тактику безопасного ведения пациентов при проведении подобных операций. 1. В течение всей операции проводить тщательный контроль за расходом объема вводимой внутриматочно раствора глюкозы и выводимой из полости матки. Выявление, так называемого неучтенного объема раствора глюкозы (ретроградный заброс раствора в

брюшную полость, излитие раствора через ирригационный канал тубуса резектоскопа, интравазация жидкости, отток раствора через пространство между тубусом резектоскопа и шейным каналом). 2. Если водный баланс положительный и превышает 700 мл необходимо введение мочегонных препаратов и альбумина, а при отсутствии эффекта – немедленное прекращение операции и проведение дальнейшей коррекции. 3. При использовании в качестве среды растяжения раствора глюкозы определение уровня сахара в крови через каждые 700-800 мл вводимой внутриматочно глюкозы с целью своевременной коррекции гипергликемии. В дальнейшем, при проведении операции гистерорезектоскопии с учетом данного алгоритма ведения мы не отмечали каких-либо осложнений. Выводы. Использование минимально-инвазивных технологий имеет значительные преимущества перед традиционной хирургией, однако проведение этих операций может сопровождаться развитием таких грозных осложнений, как выраженная гипергидратация, отек легких, отек мозга, высокая гипергликемия.

90. Застойный эзофагит у больных ахалазией кардии (АК)

Багдасарян Г.И., Балацкий Д.В., Андреасян А.Р.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность вопроса. Длительная задержка пищевых масс в пищеводе при АК приводит к развитию хронического застойного эзофагита, следствием которого могут быть последствия отягощающие прогноз и лечение этого заболевания. Цель исследования - изучить частоту и тяжесть застойного эзофагита, в зависимости от стадии АК. Материалы и методы. Были изучены результаты рентген-эндоскопических методов исследования пищевода у 55 больных ахалазией кардии, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Алтайского медицинского университета на базе КГБУЗ ГБ №12 г. Барнаула в 2000-2018 годах.

Средний возраст больных составил 53,5 лет, длительность заболевания 7,8 лет. Согласно классификации Б.В.Петровского почти у половины больных (27 чел, 49%) наблюдалась третья стадия заболевания, несколько реже - вторая (20 чел, 36%) и значительно реже 4 стадия (8 чел, 15%). Пациентов с 1 стадией ахалазии кардии не было. 53 человека (95%) были оперированы, им выполнена видеолапароскопическая передняя продольная эзофагокардиомиотомия по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор, 2 пациентов (4%) с ахалазией кардии 2 степени от оперативного вмешательства отказались. При исследовании признаки хронического эзофагита были выявлены лишь у 25 больных (45%), из них у 2 чел с наличием фибринозных наложений (8%), у одного больного (4%) был эрозивный эзофагит с контактной кровоточивостью. Для 2 стадии АК были характерны: умеренная дилатация пищевода до 3,0 см в диаметре, с сохраненной перистальтикой пищеводной стенки и неизменным рельефом слизистой оболочки, раскрытие кардии в ответ на акт глотания было с задержкой около 5 секунд, полная эвакуация 50-100 мл бария из пищевода происходила за 5-15 секунд в этой группе пациентов признаков застойного эзофагита не выявлено. 3 стадия заболевания характеризовалась, выраженным расширением пищевода от 5,0 до 6,0 см в диаметре, снижением перистальтики стенки пищевода, эвакуация бария была с задержкой до 30 минут. Признаки застойного эзофагита наблюдалась у 17 человек (63%) из 27 с АК 3 стадией. У пациентов 4 стадией АК рентгенологически выявлено значительное расширение пищевода с наличием горизонтального уровня жидкости в нем, отсутствие эвакуации бариевой взвеси в течение нескольких часов, явления хронического эзофагита у всех пациентов с 4 стадией ахалазии кардии. Заключение. Частота развития застойного эзофагита у больных АК находится в прямой зависимости от стадии заболевания, чем длительнее задержка эвакуации из пищевода, тем чаще в нем развиваются явления хронического эзофагита. Практические рекомендации. В послеоперационном периоде у больных АК с явлениями эзофагита необходим систематический эндоскопический мониторинг слизистой оболочки пищевода с проведением соответствующего лечения по показаниям.

91.Авантаж эндоскопических методик ТАРР и ТЕР у больных паховыми грыжами

*Ромашенко П.Н., Курыгин Ал.А., Семенов В.В.,
Полушин С.Ю., Мамошин А.А.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени
С.М. Кирова» МО РФ. Кафедра факультетской
хирургии имени С.П. Федорова

Операции по поводу паховых грыж являются наиболее распространенными среди общехирургических вмешательств. Протезирование паховой области местными тканями по данным разных авторов сопровождается рецидивом заболевания в 12-25% случаев, что не может удовлетворять ни хирургов, ни пациентов. С открытием во второй половине XX века нового направления в герниологии - "ненатяжной герниопластики" частота рецидивов в специализированных стационарах снизилась до 5% и менее, а появление методик лапароскопического (TAPP-transabdominal preperitoneal plasty) и полностью предбрюшинного оперирования по методике ТЕР (total extraperitoneal plasty) позволило улучшить отдаленные результаты лечения больных паховыми грыжами. Однако сохраняются нерешенными вопросы авантажа (преимуществ) той или иной эндоскопической методики оперирования, а также минимальны сведения о сравнении отдаленных результатов лечения данной категории больных. Цель исследования - оценить результаты лечения больных паховыми грыжами, оперированных малоинвазивным способом по методикам ТАРР и ТЕР, обосновать целесообразность их применения. В результате исследования изучены результаты лечения 987 больных паховыми грыжами, оперированных в период с 2014 по 2018 гг. в клинике эндоскопическим способом (319 больных оперировано лапароскопически ? ТАРР и 668 пациентов ? по методике ТЕР). Критериями сравнения эндоскопических методик герниопластики были: продолжительность операции, интенсивность болевого синдрома, послеоперационный койко-день, экономические затраты на одного пролеченного герниологического больного. Установлено, что продолжительность операции по методике ТАРР была в среднем на 15 минут дольше (58 ± 12 мин) по сравнению с ТЕР (43 ± 15 мин), что было связано с необходимостью

восстанавливать целостность брюшины интракорпоральным швом. Средний койко-день после операции по методике TAPP составил $3,8 \pm 0,2$, по методике TEP – $2,6 \pm 0,3$. Изучены осложнения, частота и причина рецидивов после эндоскопических герниопластик. Анализируя отдаленные результаты, в 3 случаях (0,9%) после лапароскопической герниопластики был диагностирован рецидив заболевания. После герниопластики по методике TEP рецидив выявлен в 2 случаях (0,3%): у 2 больных был обусловлен малыми размерами установленного сетчатого протеза (менее 10×15 см), в 3 — подворачиванием имплантата и наблюдались в начале «кривой обучения методикам». Оценивая экономическую эффективность, следует отметить, что TEP герниопластика выгодно отличалась от лапароскопического вмешательства отсутствием необходимости использования эндогерниостеплера, что в нашей клинике с учетом использования одноразовых степлеров, в среднем на 15000 рублей удешевляло вмешательство (100% от общей стоимости операции по медико-экономическому стандарту (МЭС) «эндоскопическое пахово-бедренное грыжесечение»). Остальное расходное имущество, в том числе характер используемого сетчатого имплантата, было сопоставимым в обеих группах наблюдений. Представленные в литературе данные некоторых авторов о необходимости использования баллона-диссектора также было нивелировано в клинике, при условии строгого соблюдения техники оперативного вмешательства и приобретения опыта выполнения эндоскопических герниопластик. Учитывая меньший болевой синдром и более короткий послеоперационный койко-день, расходы стационара на больных, перенесших эндоскопическую герниопластику по методике TEP в среднем на 18000 рублей (45%) были меньшими в сравнении с лапароскопической герниопластикой, при сохранении общей стоимости госпитализации по МЭС «паховая грыжа» и операции по МЭС «эндоскопическое пахово-бедренное грыжесечение». При этом, учитывая меньший послеоперационный койко-день после TEP, увеличивался оборот койки стационаром, что также сказывалось положительно на доходных финансовых показателях медицинского учреждения. В результате проведенного исследования установлено, что преимуществом методики TAPP является возможность выполнения симультанных интраабдоминальных операций. Авантаж методики TEP заключается в сокращении послеоперационного койко-дня,

послеоперационный период сопровождается достоверно меньшим болевым синдромом и частотой рецидива заболевания, а само хирургическое вмешательство обладает большей экономической эффективностью и является операцией выбора при отсутствии значимых противопоказаний.

92. Применение лапароскопической герниопластики при паховой грыже

Калиниченко А.А. (1,2), Деговцов Е.Н. (1,2),
Ганенков М.В. (2), Бублейник А.А. (3), Клипач С.Г. (3)

Омск

- 1) Омский государственный медицинский университет
- 2) БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1»
- 3) БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2»

Введение. Проблема лечения паховых грыж была и остаётся на сегодняшний день актуальной как в медицинском, так и в социальном значении. Несмотря на многолетнюю хирургическую практику, сегодня в герниологии нет однозначного ответа о том, какая пластика пахового канала является идеальной. Особенно остро перед хирургом встает выбор вида хирургического лечения при рецидивной и двусторонней паховой грыже. Цель. Определение места лапароскопической герниопластики при выборе метода хирургического вмешательства. Материалы и методы. С 2012 по 2018 гг было прооперировано 228 пациентов с паховыми грыжами с использованием методики лапароскопической герниопластики. У 181 пациента (79,4%) была односторонняя локализация грыжи. Из них у 18 пациентов (7,9%) грыжи носили рецидивный характер. У 26 пациентов имела место 2-х сторонняя локализация (4,4%). У 3 пациенток имело место сочетание бедренной и паховой грыжи. Хирургические вмешательства выполнялись под общим обезболиванием. Троякары устанавливались в типичных точках. Положение оператора – за головой пациента. Техника операции

традиционная. В зависимости от величины и распространения грыжевого дефекта, выполнялось протезирование раскроенным или цельным трансплантатом. В первом случае перед установкой выполнялся раскрой сетки на 2 части (нижняя 1/3, верхняя 2/3 ширины протеза). Нижний лоскут подводился под семявыносящий проток и сосуды яичка. Фиксация осуществлялась в 6-8 точках спиралевидными скрепками 5-мм степлером. Минимальный размер сетки который применялся - 8x12 см. При протезировании нераскроенным трансплантатом полипропиленовый сетчатый протез размером 10x15 см устанавливали предбрюшинно без выкраивания окна для элементов семенного канатика. Использовался полипропиленовый протез «Эсфил» стандартный, либо легкий. Также использовалась сетка «Ultrapro». Целостность брюшины восстанавливали скрепками или непрерывным интракорпоральным швом нитью «Викрил 2-0» или «Монокрил». Результаты. Время выполнения операций варьировало от 30 минут до 135 минут. Среднее время составляет около $53 \pm 12,5'$ при односторонней и $81 \pm 10,5'$ при двусторонней пластике. Из осложнений отмечалось: в трех случаях наличие гематомы корня мошонки; у одного пациента, при выполнении TAPP с двух сторон, в связи с большими размерами невправимого грыжевого мешка, с другой стороны пластика не выполнена. Технические трудности представляют скользящие грыжи, где медиальной стенкой является мочевого пузырь. Активизация пациентов осуществлялась в первые сутки после операции. Болевой синдром в послеоперационном периоде не был выраженным и корригировался назначением НПВС после операции. Время пребывания в стационаре зависело не от объема хирургического вмешательства, а от самочувствия больного и длилось 3 ± 2 сут. Выводы. Лапароскопические методы герниопластики имеют ряд неоспоримых преимуществ: отличный косметический эффект, ранняя активизация, более высокий уровень операций за счет лучшей визуализации и прецизионности оперативной техники, возможность выполнения симультанных операций. Освоение и внедрение лапароскопических методик должно осуществляться опытным эндоскопическим хирургом, но и возможно на базе отделения общей хирургии. При правильном подходе к предоперационной подготовке больных, лапароскопические методы практически не имеют противопоказаний. Также считаем, что лапароскопическая герниопластика показана

пациентам с высоким риском развития гнойно-воспалительных раневых послеоперационных осложнений, с сопутствующим сахарным диабетом, избыточной массой тела и ожирением.

93. Диагностика и лечение острого аппендицита у беременных

Деговцов Е.Н. (1,2), Калиниченко А.А. (1,2),
Клинков В.А. (1,2), Прохоренко А.В. (2),
Ганенков М.В. (2)

Омск

- 1) Омский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии
- 2) БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1»

Введение. Острый аппендицит у беременных - частое заболевание и встречается в 0,7 – 1,2 % случаев, то есть значительно чаще, чем среди остального населения. 60-70% наблюдений приходится на первую половину беременности, причем большинство на первый триместр. Диагностика его трудна, а прогноз всегда серьезный. Помимо угрозы жизни матери, острый аппендицит еще более угрожает жизни плода. Цель. Изучение результатов диагностики и лечения острого аппендицита у беременных в условиях многопрофильного стационара Материалы и методы. В 2003 году на базе ГК БСМП № 1 открыт центр по оказанию медицинской помощи беременным с острой хирургической патологией. С 2005 по 2017 гг. в хирургическом отделении БСМП №1 под наблюдением находилась 995 беременная с диагнозом «острый аппендицит». Сроки от начала заболевания - менее 24 часов было у 796 (79,9%), более суток – у 199 пациенток (20%). Диагноз подтвержден у 285 пациенток, (28,7%). Из оперированных в сроке гестации до 20 недель было 95 (33,3%), более 20 недель - 190 пациенток (66,6%). В диагностике использовали общепринятые лабораторные инструментальные методы лечения. Диагностическая лапароскопия выполнена у 31 (10,9%) пациентки. Самым информативным из инструментальных методов исследования является

лапароскопия. Показаниями для диагностической лапароскопии являются случаи, когда исключить острый аппендицит клиническими, лабораторными и УЗ-методами не представляется возможным в течение 2-4 часов. Результаты и обсуждения. Общие принципы лечения острого аппендицита у беременных те же, что и при отсутствии беременности. 95 (33,3%) пациенткам в первом триместре беременности аппендэктомия проводилась по общим правилам и трудностей не представляла. У 195 (68,4%) пациенток во второй половине беременности выполнение аппендэктомии несколько отличалось от типичной. Хотя в большинстве случаев используется косой разрез Волковича-Мак, однако проекция разреза намечается выше, чем обычно, так как слепая кишка бывает оттеснена вверх беременной маткой. Длина разреза также соответственно увеличивается и делается тем большей, чем больше срок беременности. Среди 285 оперированных беременных катаральная форма диагностирована у 57 пациенток (20%), флегмонозная - 185 (64,9%), гангренозная - 29 (10,2%), гангренозно-перфоративная - 14 (4,9%). Летальных случаев не наблюдалось. В послеоперационном периоде отмечено 11 наблюдений осложнений (3,5%), среди которых инфильтрат послеоперационной раны у 4 пациенток, образование серомы у 2, нагноение послеоперационной раны у одной пациентки. У 4 пациенток в виду активации сократительной деятельности матки произошло прерывание беременности. Заключение. Лечение острого аппендицита в любые сроки беременности только хирургическое. В I триместре беременности операционный доступ при неосложненном аппендиците выполняется по Волковичу — Дьяконову. Во II и III триместрах операционный доступ при неосложненных формах острого аппендицита выполняется в точке наибольшей болезненности (она обычно бывает выше) или классическим разрезом Волковича—Дьяконова. Показаниями для срединного разреза является острый деструктивный аппендицит, осложненный распространенным перитонитом, а также акушерская патология, требующая немедленного родоразрешения. Выводы. 1. Концентрация беременных с подозрением на острый аппендицит в одном крупном многопрофильном стационаре города привела к уменьшению количества пациенток с «запущенной» формой заболевания и, как следствие, отсутствию в этой группе летальных исходов. 2. Применение клинко-инструментального диагностического алгоритма, с применением лапароскопии в первом и втором

триместрах, привело к своевременной и точной диагностике острого аппендицита, что позволило избежать напрасных аппендэктомий и осложнений беременности и родов. 3. Только у каждой четвертой (27,3%) госпитализированной беременной имелась экстренная хирургическая патология. Остальные в хирургическом лечении не нуждались.

94. Роль локальных методов деструкции в комплексном лечении метастатических раков печени

Праздников Э.Н. (1), Трандофилов М.М. (1),
Баранов Г.А. (1, 2), Фархат Ф.А. (1),
Сизова А.Н. (1), Светашов В.С. (1)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И. Евдокимова
Минздрава России
- 2) ГБУЗ ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости метастатические опухоли печени составляют 90 % всех опухолей печени. У каждого 3-го больного выявляется метастатическое поражение печени. Сложившаяся ситуация делает актуальной необходимость повышения эффективности хирургического лечения больных с метастатическим поражением печени, в особенности у больных с билобарным поражением печени и тяжелой сопутствующей соматической патологией. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 120 больных с метастатическим поражением печени с использованием методов локальной деструкции у больных после ранее выполненного радикального лечения. Все больные разделены на 2 клинические группы: первая – 60 больных, которым выполнялась РЧА метастатических очагов, вторая – 60 больных, которым выполнялась МВА. В первой группе возраст – от 37 до 83 лет, мужчин 28 (47%), женщин 32 (53%), локализация первичного очага: колоректальный рак 36 (62%), рак молочной железы 11 (20%), рак желудка 8 (12%), меланома кожи 5 (6%), опухоль располагалась в правой доле печени –

40 (67%) больных, в левой – 12 (20%), билобарное – 8 (13%). Количество очагов, подвергнутых деструкции, от 1 до 4 узлов: 1 очаг – 47 (78%) больных, 2 – 9 (15%), 3 – 3 (5%), 4 – 1 (2%). Размер очагов от 5 до 38 мм, средний – $28,64 \pm 5,72$ мм. Объем поражения: I стадия – 21 (35%) больных, II стадия – 39 (65%) по L.Gennari; по mTNM I стадия – 6 (17%) больных, II – 17 (47%), III – 7 (20%), IV A – 6 (16%). Во второй группе возраст от 30 до 80 лет, средний – $62,5 \pm 18,3$ лет, мужчин 24 (40%), женщин 36 (60%), локализация первичного очага: колоректальный рак 37 (62%), рак молочной железы – 12 (20%), рак желудка – 7 (12%), меланома кожи 4 (6%), опухоль располагалась в правой доле печени – 44 (73%), в левой – 10 (17%), билобарное – 6 (10%). Число узлов от 1 до 4: 1 – 46 (77%), 2 – 11 (18%), 3 – 2 (3%), 4 – 1 (2%). Объем поражения по L.Gennari: I стадия – 23 (38%), II – 37 (62%); по mTNM: I – 7 (19%) больных, II – 17 (45%), III – 8 (22%), IV A – 5 (14%). Результаты. В первой группе длительность операции – от 25 до 60 минут, средняя – $36,4 \pm 7,9$ мин., послеоперационный койко-день – от 2 до 12 суток, средний – $5,4 \pm 1,9$ суток. Осложнения выявлены у 10 (17%) больных: 3 – кровотечение и 1 – желчеистечение из места установки игольчатого электрода, 1 – острая печеночная недостаточность, 2 – остаточная полость, 2 – внутрипеченочная гематома. 1 летальный исход. Общая выживаемость больных: колоректальный рак: однолетняя – 75%, двухлетняя – 48%, трехлетняя – 35%; рак молочной железы: однолетняя – 81%, двухлетняя – 72%, а трехлетняя – 54%; рак желудка: однолетняя – 62%, двухлетняя – 50%, трехлетняя – 25%; меланома кожи: однолетняя – 60%, двухлетняя – 20%, а трехлетняя – 20%. Локальное прогрессирование в 9 (11%) метастатических очагах. Во второй группе длительность операции от 25 до 50 минут, средняя – $34,7 \pm 6,6$ мин., послеоперационный койко-день от 3 до 11 суток, средний – $4,8 \pm 1,8$ суток. Осложнения выявлены у 4 (8%) больных: 2 – кровотечение из места установки игольчатого электрода, 1 – остаточная полость, 1 – внутрипеченочная гематома. Летальных исходов не было. Общая выживаемость больных: колоректальный рак: однолетняя – 81%, двухлетняя – 71%, трехлетняя – 39%; рак молочной железы: однолетняя – 83%, двухлетняя – 75%, трехлетняя – 58%; рак желудка: однолетняя – 71%, двухлетняя – 57%, трехлетняя – 28%; меланома кожи: однолетняя – 75%, двухлетняя – 45%, а трехлетняя – 15%. Локальное прогрессирование в 3 (4%) метастатических очагах. Заключение. Методы локальной деструкции являются достаточно эффективными в комплексном лечении метастатического поражения печени,

особенно у больных с билобарным поражением или тяжелой сопутствующей патологией. Однако наибольшей эффективностью обладает микроволновая абляция метастатического поражения печени, и сопровождается меньшим количеством осложнений, продолжительности операции и койко-дня по сравнению с радиочастотной абляцией.

95. Плановая хирургия одного дня. Оперативное лечение пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей, осложненной посттромбофлебитическим синдромом

Алексян В.М. (1, 4), Инжеватов В.В. (2, 3),
Резяпкин Г.И. (5), Оськин А.Н. (6),
Раскатова Е.В. (1), Ермаков Д.Ф. (1),
Баранов А.В. (2), Шабловская Т.А. (1)

Москва, Россия

- 1) МГМСУ,
- 2) ГНЦ ЛМ ФМБА,
- 3) ГКБ имени В.П.Демикова,
- 4) ГКБ имени С.С.Юдина,
- 5) ГКБ № 1 имени Н.И.Пирогова,
- 6) ЦКБ УДП РФ

Актуальность: Подтверждение эффективности и безопасности планового оперативного лечения больных ВБВНК осложненной ПТФС по программе хирургии одного дня. Материалы и методы: в условиях Центра амбулаторной хирургии, располагавшегося на базе многопрофильной поликлиники г. Москвы – Филиал №1 (ГП №185) ГБУЗ «ГП №36 ДЗМ» с июня 2013 по сентябрь 2016 гг. выполнены комбинированные флебэктомии с использованием малоинвазивных методик на 3165 конечностях 1988 пациентам с ВБВНК. У 170 (8,5%) из них в анамнезе отмечался тромбоз глубоких вен. В эту группу входили пациенты с полной реканализацией зоны тромбоза. Проксимальный тромбоз (выше коленного сустава) – 75 пациентов, дистальный тромбоз (подколенная вена и глубокие вены голени) – 95 пациентов. У 63 из них, в анамнезе – эпизод тромбоэмболии легочной артерии, в группе пациентов с проксимальным тромбозом – 36

(48%), с дистальным – 27 (28%). Распределение пациентов в зависимости от выраженности клинических проявлений по СЕАР: С3 – 25 (14,7%); С4 – 46 (27%); С5 – 31 (18,2%); С6 – 68 (40%). Т.е. трофические расстройства имелись у 85% пациентов с ПТФС. При проксимальном тромбозе в анамнезе: С3 – у 10 (13,3%) пациентов; С4 – у 24 (32%); С5 – у 12 (16%), С6 – у 29 (38,7%). При дистальном тромбозе: С3 – у 15 (15%) пациентов; С4 – у 22 (23,1%); С5 – у 19 (20%); С6 – у 39 (41%). Все оперативные вмешательства не выше 2-й степени риска по МНОАР. Основной метод обезболивания – спинальная анестезия, при поражении одной конечности – монологическая. Также, в особенности при операциях в бассейне МПВ, применялась местная инфильтрационная анестезия. Операция завершалась наложением компрессионных чулок не менее 2 класса компрессии. После кратковременного наблюдения в дневном стационаре, по восстановлении функции тазовых органов и нижних конечностей со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались и транспортировались по месту жительства. Далее – амбулаторный режим. В п/о периоде все пациенты получали ривароксабан в дозе 20 мг в сутки от 3 до 12 месяцев (у части пациентов проводилась продленная терапия). Осмотры пациента в 1, 3, 7, 14 и 30-й дни после выписки на амбулаторный режим. И в последующем – осмотры через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Результаты: Статистически значимой разницы выраженности клинических проявлений, в зависимости от уровня тромбоза – не отмечено. В п/о периоде, по данным УЗАС, не отмечалось ретромбозов глубоких вен конечности. В группе дистального тромбоза, из 39 пациентов с трофическими язвами, полная эпителизация в течение 1 месяца произошла у 33-х (84,6%), в течение 3-х месяцев – у 5-и (12,8%), у одного пациента (2,6%) – неполная эпителизация, со значительным уменьшением дефекта кожи. В течение года в этой группе у 4 (10,25%) пациентов был эпизод рецидива, но следует отметить, что размеры повторных язв были значительно меньше и повторная эпителизация проходила быстрее. В группе проксимального тромбоза из 29 пациентов с трофическими язвами, полная эпителизация в течение 1 месяца произошла у 25 (86%) в течение месяца, у 2-х (7%) – в течение 3-х, у 2-х (7%) – неполная эпителизация. Эпизод рецидива язв в течение года – у 3 (10,3%) пациентов. Обсуждение: Случаев регоспитализации в группе пациентов с ВБВНК осложненной ПТФС не было. Ранняя активизация, использование компрессионного

трикотажа сразу после операции и новых пероральных антикоагулянтов с 1-го дня после операции способствуют профилактике тромбоэмболических и септических осложнений. Из 68 пациентов с открытыми трофическими язвами (С6) в послеоперационном периоде полная эпителизация наступила в 85% случаев в течение первого месяца. У остальных пациентов в течение 3-х месяцев отмечена полная или частичная эпителизация. Рецидив трофической язвы в течение 1 года отмечен у 10% пациентов. Выводы. Плановое оперативное лечение пациентов с варикозной болезнью, осложненной посттромбофлебитическим синдромом в условиях хирургии одного дня эффективно и безопасно благодаря использованию новых пероральных антикоагулянтов.

96. Первые результаты лапароскопической гастропластики у пациентов, страдающих морбидным ожирением

Галимов О.В., Ханов В.О., Ибрагимов Т.Р., Сагитдинов Р.Р., Минигалин Д.М.

Уфа

ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России

Современная жизнь влияет на объем физической активности и пищевые предпочтения. Результатом этого является тенденция к росту распространенности морбидного ожирения во всем мире. Хотя есть единичные случаи врожденной, генетической или гормональной этиологии патологического ожирения, основным фактором является образ жизни. Изменение образа жизни, включающее в себя физические упражнения и диету с низким содержанием жира и калорий, является основополагающим для лечения больных ожирением. В долгосрочной перспективе влияние диеты и физических упражнений у больных с морбидным ожирением составляет около 10%; таким образом, в случае невозможности изменения образа жизни может быть рассмотрена бариатрическая хирургия. Пациентам нужен потенциальный триггер для похудения, как

бариатрические операции, которые эффективны для сохранения рациона питания в течение нескольких лет. После нескольких лет опыта, основанного на широком спектре результатов потери избыточного веса и оценке отдельных лиц, ключевой фактором для выбора случая стала мотивация пациента и его сотрудничество. Альтернативой рукавной резекции желудка, направленной на уменьшение объема желудка является гастропликация. Операция приводит к потере аппетита, что связано с уменьшением внутрипросветного пространства желудка и высокого внутрипросветного давления. Гастропликация была выбрана для пациентов с непрерывным соблюдением диеты и физической нагрузки после операции. Нами предложен новый способ лапароскопической гастропликации в хирургическом лечении больных с морбидным ожирением. Суть метода заключается в том, что желудок после мобилизации его по большой кривизне с помощью специального инструмента – кишечного зажима сворачивают в трубочку в виде «рулета» на калибровочном желудочном зонде до объема 50 мл и фиксируют нерассасывающейся нитью. Способ применен в клинической практике у 16 больных морбидным ожирением. В рассматриваемой группе было 6 мужчин и 10 женщин в возрасте 43±2 года. Основным показанием к операции был ИМТ >35 кг/м². Очень важным считаем подбор больных для данной процедуры – пациенты должны быть с выраженной мотивацией, готовые к непрерывному соблюдению диеты и физическим нагрузкам в сроки наблюдения после операции. Как симультанное вмешательство выполнено из них 7 пациентам выполнены сочетанные вмешательства (6-грыжесечения с липодермэктомией, и 1 холецистэктомия). Во всех случаях не отмечено каких-либо интраоперационных осложнений. Послеоперационное течение гладкое. В большинстве случаев -13(81,3%) достигнуто стойкое снижение массы тела, в период наблюдения до 18 месяцев. Следует отметить, что у 3 (18,7%) пациентов не удалось добиться стойкого результата. После снижения массы тела на протяжении 3 мес была отмечена отрицательная динамика, в течение следующих 18 месяцев пациенты снова начали набирать массу тела. Первые результаты предложенной методики лапароскопической гастропликации при лечении больных морбидным ожирением демонстрируют её простоту, экономическую эффективность, уменьшение числа осложнений, улучшение результатов лечения.

97. Хирургические технологии хирургического лечения осложнений желчнокаменной болезни

Столин А.В., Прудков М.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования - показать возможности традиционной холецистэктомии из лапаротомного доступа, лапароскопической и мини-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 274 пациентов с осложнениями холелитиаза оперированные в клинике в 2013- 2016 гг. Результаты – из оперированных 274 пациентов: 207 больных (73,9%) острым калькулезным холециститом (ОКХ); 62 (23,7%) – холангиолитиазом, механической желтухой (МЖ) и 6 (3,4%) – холангиолитиазом, острым гнойным холангитом (ОГХ). Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 127 (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 80 (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 19 (36,8%) случаях. Показаниями считали: наличие признаков деструктивных форм ОКХ; крупные размеры (более 10 мм) конкрементов гепатикохоледоха; отсутствие условий для катетеризации БДС (парафатериальный дивертикул, резекция желудка по Бильрот II, гастрэктомия по Ру). ЧКЧП произведена 3 (2,9%) пациентам при отсутствии условий для катетеризации БДС. При лечении больных ОГХ операцией выбора считаем ЭПСТ – выполнена у 4 (67,1%) пациентов ОГХ. Наружное дренирование

желчных протоков из мини-лапаротомного доступа выполнено у 2 (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.

98. Опыт применения лапароскопических технологий при резекции толстой кишки с восстановлением кишечной непрерывности.

*Дарбишгаджиев Ш.О. (1), Моховиков В.А. (2),
Баулин А.А. (1), Гудошников В.Ю. (2),
Калентьев В.В. (2).*

Пенза

- 1) Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО,
- 2) Областной онкологический диспансер

Введение: Проведение лапароскопически-ассистированных оперативных вмешательств в настоящее время является одним из перспективных направлений в колопроктологии. Накопление опыта и совершенствование технических аспектов позволяет внедрять лапароскопические вмешательства на всех отделах брюшной полости. Большое количество последних публикаций показывает эффективность и относительная безопасность лапароскопических резекций толстой кишки перед традиционными вмешательствами. Кроме того, исследователи отмечают, что при использовании данной технологии в онкологической колопроктологии показатели пятилетней выживаемости аналогичны показателю традиционных операций. **Материалы и методы:** Нами проанализированы результаты лапароскопических резекций толстой кишки с формированием толстокишечного анастомоза у 48 пациентов за 2015-2018гг. Из исследования исключены пациенты с обструктивными резекциями. Всего оперированы 48 пациентов (13 мужчин и 35 женщин), средний возраст составил 73 года, у мужчин – 69 лет, женщин – 77 лет. Виды и частота лапароскопических вмешательств

представлены следующим образом: резекция сигмовидной кишки – 22, передняя резекция прямой кишки – 6, левосторонняя гемиколонэктомия – 3, правосторонняя гемиколонэктомия – 17. Медиана длительности оперативных вмешательств составила 3 часа. Полученные результаты: Послеоперационные осложнения развились у 3 больных, что составила 6,3%. После правосторонней гемиколонэктомии у 2 больных выявлена перфорация двенадцатиперстной кишки, у одного больного после передней резекции прямой кишки отмечена несостоятельность анастомоза, что потребовало проведение повторных оперативных вмешательств. Средние сроки послеоперационных койко-дней составили у неосложненных больных – 8, при развитии осложнений – 21. Проведенный анализ выполнения первых лапароскопических вмешательств позволяет заключить, что с накоплением опыта проведения данных вмешательств, их продолжительность приближается к традиционному способу оперирования. Важным следует считать, что лапароскопические технологии позволяют выполнять вмешательства с соблюдением всех онкологических принципов, обеспечивая необходимые объемы и границы резекций. **Выводы:** Наш опыт свидетельствует, что использование лапароскопически-ассистированных вмешательств на толстой и прямой кишке обосновано, целесообразно и имеет перспективы в будущем. Применение лапароскопических технологий приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений по отношению к традиционным вмешательствам, а так же уменьшению сроков пребывания в стационаре. Применение лапароскопически-ассистированных технологий позволяют с накоплением опыта сократить время хирургического вмешательства, а так же улучшить его качество и отдаленные результаты хирургического лечения.

99.Видеолапароскопия в диагностике и лечении абдоминальной хирургической патологии у беременных

*Черкасов М.Ф. (1), Турбин М.В. (2),
Бондаренко В.А. (2), Бондаренко И.В. (2)*

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 2) МБУЗ
ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Для оценки результатов применения видеолапароскопии в диагностике и лечении острой абдоминальной хирургической патологии у беременных выполнен анализ 48 историй болезни пациенток с беременностью, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону с 2012 по 2017 гг. Сроки беременности составляли от 7 до 30 недель. Диагностика и лечение острой абдоминальной патологии у беременных имеет особенности, игнорирование которых ведет к фатальным диагностическим ошибкам и неверной хирургической тактике. С подозрением на острый аппендицит диагностическая лапароскопия выполнена 30 пациенткам со сроком беременности от 7 до 23 недель. У 24 пациенток во время лапароскопии при подтверждении диагноза выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Двум пациенткам (со сроком беременности 28 и 30 недель) была произведена лапаротомия по Волковичу, аппендэктомия. Катаральная форма острого аппендицита установлена у 2 больных (7,7%), флегмонозная - у 19 (73,1 %), гангренозная - у 4 (15,4%), гангренозно-перфоративный аппендицит - у 1 пациентки (3,8 %). Типичное расположение червеобразного отростка отмечено в 42,3 % наблюдений (11 пациенток), тазовое у шести беременных (23,1%), подпечёчное у 15,4% (4 больных), забрюшинное у 3 беременных (11,5%), ретроцекальное расположение - у 2 пациенток (7,7%). Местный перитонит выявлен у 3 пациенток. Наблюдение всех пациенток в послеоперационном периоде выполнялось совместно с гинекологом, медикаментозная терапия проводилась соответственно срокам беременности. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не было. Сроки стационарного лечения в данной группе пациенток составил 6 койко-дней. У 4 пациенток во время лапароскопии острая хирургическая патология исключена, установлен диагноз – кишечная колика. После назначения

спазмолитической терапии болевой синдром купирован в послеоперационном периоде. У одной больной выявлен некроз перекрученного жирового подвеса толстой кишки, выполнена лапароскопическая резекция некротизированного подвеса. Острая кишечная непроходимость в сочетании с беременностью наблюдалась в 6 случаях. Четверым пациенткам была выполнена видеолапароскопия, рассечение спаек по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. У 2 пациенток на поздних сроках беременности (30 и 32 недели) выполнена лапаротомия, ликвидация заворота, сигмопексия по Гаген-Торну, так как кишечная непроходимость была вызвана заворотом долихоsigмы. Диагноз острого холецистита был установлен 20 пациенткам со сроками беременности от 16 до 30 недель. Проводившаяся консервативная терапия оказалась успешна у 16 больных, прооперировано по поводу острого холецистита было четверо пациенток. Одной из пациенток во время лапароскопической холецистэктомии было выполнено дренирование холедоха, однако для снижения лучевой нагрузки контрольная фистулография и удаление дренажа холедоха были выполнены после родов. У одной пациентки в сроке беременности 28 недель по поводу деструктивного калькулезного холецистита выполнена лапаротомия, холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, срок лечения в стационаре составил 10 койко-дней. Острый панкреатит у беременных отмечен в пяти случаях, две пациентки находились на 10 и 14 неделях беременности. У 3 пациенток острый панкреатит был диагностирован на более поздних сроках беременности. Этиологическими причинами развития острого панкреатита в период беременности совместно с алиментарным фактором являются: механическое сдавление поджелудочной железы, нарушающее отток панкреатического сока, изменение гормонального фона, гестозы. Скорректированная совместно с гинекологами и клиническим фармакологом проводившаяся терапия оказала значительное улучшение уже на третьи сутки лечения в стационаре. Сроки стационарного лечения в хирургическом отделении составили 8 койко-дней. Применение видеолапароскопии позволяет избежать диагностических ошибок, своевременно распознать хирургическую патологию. Выполнение лапароскопической операции приводит к снижению сроков стационарного лечения и периода реабилитации, уменьшение количества осложнений, что важно для жизнедеятельности матери и плода.

100. Лапароскопическое лечение спаечной кишечной непроходимости*Турбин М.В., Бондаренко В.А., Колесниченко А.А., Устименко И.В.*

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости в настоящее время продолжает оставаться актуальной и трудноразрешимой проблемой в неотложной абдоминальной хирургии. В хирургическом отделении МБУЗ «Городская БСМП г. Ростова-на-Дону» с 2008 по 2017 гг. оперировано 340 больных с острой кишечной непроходимостью. Из них у 76 пациентов выполнена лапароскопия. Показаниями для использования диагностической лапароскопии при острой тонкокишечной непроходимости являлись: небольшой срок от начала заболевания, клиника острой кишечной непроходимости как при наличии, так и при отсутствии рентгенологического подтверждения, даже без наличия в анамнезе хирургических вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства или малого таза. Основными причинами отказа от применения лапароскопических вмешательств в лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости были: 1) множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки; 2) перитонит; 3) тяжелая кардиальная патология; 4) выраженное расширение (более 4 см) петель тонкой кишки на всем протяжении (в этом случае необходимо проводить тотальную интубацию тонкой кишки); 5) воспалительные конгломераты петель тонкой кишки по результатам ультразвуковых или рентгенологических методов диагностики. Также, критериями исключения для использования видеолaparоскопических методов были пациенты, перенесшие большие объемы оперативных вмешательств: после гнойных осложнений панкреонекроза, распространенного калового перитонита, онкологических операций, многократных рецидивных спаечных кишечных непроходимостей. Выполнение лапароскопических вмешательств в этих случаях неоправданно, так как требуется более тщательная ревизия брюшной полости именно через лапаротомный доступ, а возможности инструментальной лапароскопической ревизии в свою очередь значительно ограничены. Диагностический

алгоритм при подозрении на острую тонкокишечную непроходимость включал: клинический осмотр; динамические полипозиционные рентгенологические исследования органов брюшной полости, в том числе рентгеноконтрастные (пассаж бария); ультразвуковые исследования органов брюшной полости. До операции пациентов осматривал анестезиолог, терапевт и по показаниям кардиолог. Производилась оценка соматического статуса и возможность выполнения лапароскопии. При положительном решении о выполнении лапароскопии, с помощью ультразвукового исследования брюшной полости определяли безопасную точку введения первого троакара, либо же использовался метод «открытого» введения троакара. При диагностической лапароскопии у 7 пациентов диагноз острой тонкокишечной кишечной непроходимости был снят. Клиническая картина в данных случаях была обусловлена другими причинами: динамической кишечной непроходимостью (3), острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (2), мезентериальным тромбозом (2). Острая спаечная тонкокишечная непроходимость устранена видеолaparоскопическим методом у 64 (84,2%) пациентов. У 42 больных причиной спаечной непроходимости были единичные штрانги, которые без значительных трудностей рассекали и удаляли с помощью диссектора или с помощью ножниц. У 15 пациентов были разделены спайки между петлями тонкой кишки, и в 7 случаях было ликвидировано узлообразование. Достоверными признаками жизнеспособности кишки и эффективности рассечения спайки считали уменьшение диаметра кишечных петель, появление четкой перистальтики, физиологической окраски, отчетливой пульсации в сосудах брыжейки тонкого кишечника. Продолжительность операции составила от 30 до 90 минут. Интраоперационных осложнений при разрешении спаечной непроходимости лапароскопическим методом не отмечено. Послеоперационный период протекал гладко. Пациенты получали инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную терапию, прокинетики. Все больные были активизированы в 1 сутки послеоперационного периода. Осложнений, рецидивов, летальных исходов не наблюдалось. В среднем больные, оперированные лапароскопически, провели в стационаре 5 койко-дней.

**101. Сочетание геморроя и ректоцеле:
оперировать одномоментно или по очереди***Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)*

Чита

- 1) ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,
- 2) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,

Актуальность. Среди женщин, обратившихся за помощью по поводу геморроя у 30-40% обнаруживается и ректоцеле II-III степени, а среди пациенток, страдающих ректоцеле, в 50-60% встречается сочетание с хроническим геморроем. Вопросы выбора: какую операцию и в каком порядке выполнять остаются пока не решенными. Значительное число неудовлетворительных результатов лечения таких сочетанных патологий свидетельствует об отсутствии оптимального порядка и способов коррекции этих заболеваний. Цель исследования – оценить ближайшие и отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты лечения больных с сочетанием ректоцеле и геморроя при различных порядках выполнения операций. Материалы и методы. За минувшие 5 лет (2014-2018) в клинике общей хирургии ЧГМА на базе НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 наблюдалось 145 женщин с ректоцеле II-III степени в сочетании с хроническим геморроем. В I группу включены 32 женщины, перенесших изолированную леваторопластику в гинекологических отделениях города и вынужденных обратиться к нам за проктологической помощью. Во II группе – 65 пациенток, по разным причинам отказавшихся от двойной операции, 47 из них выполнена трансанальная дезартеризация и мукопексия внутренних геморроидальных узлов и иссечение наружных. Другим 18 больным – геморроидопексия по Лонго с иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов. Основную III группу составили 48 пациенток, которым одномоментно выполнены леваторопластика влагалищным доступом и трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация и мукопексия внутренних геморроидальных узлов с иссечением наружных узлов. Результаты. У всех 32 больных I группы уже в первые же недели и месяцы после изолированной леваторопластики наблюдалось заметное ухудшение течения геморроидальной болезни в виде

геморроидального тромбоза (у 12) и увеличения узлов до III-IV степени. В течение ближайших месяцев большинство из них оперированы методом трансанальной дезартеризации и мукопексии внутренних геморроидальных узлов сиссечением наружных (21) или способом Лонго (8). У большинства из 65 больных II группы после дезартеризации и мукопексии или операции Лонго в ближайшие недели и месяцы заметно усилились проявления ректоцеле: увеличились размеры выпячиваний задней стенки влагалища, продолжительность запоров и частота ручных пособий. Через несколько месяцев выполнить леваторопластику удалось лишь 8 пациенткам. В III группе после одномоментных операций ближайшие результаты выглядели чуть хуже: боли по ВАШ на уровне 6,2±1,9 баллов ($p=0,08$) и купировались несколько позже, на 3-4 сутки. Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациенток этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одной из них не формировались кожные бахромки ($p<0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили 7,3±1,8 дней ($p=0,23$), амбулаторного долечивания – 28,3±4,5 дней ($p=0,32$). В отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) осмотрены все 48 женщин после «двойных» операций: ни одного рецидива геморроя и ректоцеле, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты. Заключение. При сочетании двух патологий – ректоцеле и геморроя – показана одномоментная операция: леваторопластика влагалищным доступом и трансанальная дезартеризация с мукопексией или степлерная геморроидопексия по Лонго. Такой порядок оперативного лечения позволит заметно улучшить ближайшие и, особенно, отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты.

102.О выборе зоны доступа и варианта ушивания троакарной раны брюшной стенки при лапароскопической холецистэктомии

Праздников Э.Н.(1,2), Баранов Г.А.(2,1),
Бахметов Т.Р.(1,2).

Москва

1. ФГАОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова.
2. ГБУЗ ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ.

Актуальность. Выбор места извлечения желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии является прерогативой оперирующего хирурга с учетом возможных раневых осложнений: сером, гематом, нагноений, инфильтратов. Для уменьшения риска их возникновения нужно учитывать кровеносную и лимфатическую сеть сосудов в определенных анатомических областях, максимально уменьшать травматичность манипуляций. Материалы и методы. Анализ 190 наблюдений после ЛХЭ показал, что эпигастральная область наиболее предпочтительна для троакарных доступов в связи с уменьшением развития раневых осложнений. Сравнивалось две группы пациентов – 98 и 92. В эпигастральной (1-я группа) области ушивание проводилось иглой Берси, в отличие от параумбиликальной (2-я группа) области, где проводилось ушивание стандартным способом. Технические трудности при применении шва Берси не отмечались. Во всех случаях брюшина была захвачена в шов, полностью обеспечена герметизация раны, не использовался ранорасширитель, желчный пузырь извлекался в латексном контейнере. Удавалось максимально уменьшить эффект «разминания» краев раны инструментами. Проведено определение микроциркуляции (крово- и лимфотока) и коферментов ткани до и после оперативного вмешательства в конкретных анатомических областях в целях объективизации течения раневого процесса. Проведена оценка состояния ран в раннем послеоперационном периоде. Контроль течения раневого процесса проводился аппаратным методом с помощью лазерного диагностического аппарата «ЛАЗМА-СТ», состоящего из анализатора периферического кровотока, лимфотока и коферментов ткани («ЛАЗМА-Д»), а также блока для температурных и электростимуляционных функциональных проб («ЛАЗМА-ТЕСТ»). Аппарат диагностический «ЛАЗМА-СТ» предназначен для неинвазивной клинической диагностики

периферического кровотока, лимфотока и коферментов ткани и для проведения функциональных тестов. Он позволяет определить состояние микроциркуляции и обменных процессов (норма, субкомпенсация, декомпенсация) и оценить результаты лечения в динамике. Полученные результаты. При анализе результатов лечения - гематомы, инфильтраты и нагноения в эпигастральной области отмечены в 4,9 % случаев, а в параумбиликальной в 11,7% наблюдений. Выводы и рекомендации. Установлено, что в верхних слоях брюшной стенки в меньшей степени выражены микроциркуляторные и метаболические изменения при использовании щадящих способов наложения перитонеально-апоневротического шва специальным устройством (игла Берси). Минимизация травмы мягких тканей брюшной стенки имеет прямое значение на течение раневого процесса. Данный технический прием обеспечивает снижение рисков раневых осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде. Выбор эпигастрального доступа в качестве основного и применение иглы Берси для ушивания троакарной раны привело к уменьшению воспалительных раневых осложнений в 2,4 раза, что показывает оптимальный вариант данного этапа ЛХЭ.

103.Возможности колоноскопии при болезни Крона

Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Березняк Н.В.

Ярославль

Ярославский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезнь Крона, как и язвенный колит, относится к группе воспалительных заболеваний кишечника. Патологический процесс при болезни Крона, в отличие от язвенного колита, может локализоваться в любых отделах желудочно-кишечного тракта. В арсенале гастроэнтерологов и хирургов со второй половины XX века имеются эндоскопические методы исследования. Однако оснащение современных больниц зачастую

ограничивается лишь гастроскопами и колоноскопами, что делает невозможным визуализацию патологического очага в тонкой кишке. Цель исследования. Оценить диагностические возможности колоноскопии при болезни Крона в условиях хирургического стационара. Материалы и методы. Основу работы составили клинические наблюдения у 185 больных, которые были госпитализированы в хирургическое отделение с диагнозом болезнь Крона в период с 1988 по 2018 г. В период с 1988 г. по 1997 г. поступил 31 пациент (16,8%), с 1998 г. по 2007 г. – 60 (32,4%), с 2008 г. по 2018 г. – 94 больных (50,8%). Все больные поступили по экстренным показаниям. Среди больных – 93 женщины и 92 мужчин. Возраст больных колебался от 17 до 87 лет. Средний возраст больных – 42,7 лет. Через 12 часов от начала заболевания поступили 25,9%, через 24 часа – 22,7%, через 36 часов – 26,3% больных, остальные пациенты поступили в более поздние сроки (25,1%). Оперативное вмешательство выполнено 87 больным (47%). 98 пациентам (53%) была проведена консервативная терапия. Оперативное вмешательство сводилось к выполнению аппендэктомии (58%), резекции кишки с первичным анастомозом (31,6%), диагностической лапаротомии (11,4%). Летальных исходов не было. Результаты. Ведущим клиническим симптомом при болезни Крона являлась боль в животе (91,9%). Тошнота, рвота наблюдалась в 61% случаев, температура тела выше 37°C в 37,8%, дисфункция стула – у 27,6% больных. У 3 больных имело место кишечное кровотечение (1,6%). Изменения в тонкой кишке выявлены у 162 (87,6%) больных. Локализация процесса у оперированных больных была определена во время экстренной операции. У неоперированных больных тонкокишечная локализация была подтверждена данными ультразвукового исследования, при котором было установлено циркулярное утолщение стенок участка тонкой кишки за счет всех слоев. 11 больным (5,9%) с поражением участка тонкой кишки была выполнена колоноскопия. При этом у 8 больных (4,3%) при заведении колоноскопа за баугиниеву заслонку изменений на слизистой тонкой кишки не было выявлено, а у 3 пациентов (1,6%) были обнаружены язвы в терминальном отделе подвздошной кишки. Локализация патологического очага в толстой кишке выявлена у 23 пациентов (12,4%), из которых 13 больным (7%) была выполнена экстренная операция и диагноз ставился по данным интраоперационного исследования. Остальным 10 больным (5,4%) за время госпитализации была выполнена колоноскопия. Во

всех случаях был выявлен участок толстой кишки с характерными воспалительными изменениями в виде сливающихся афтозных и щелевидных язв и эрозий на слизистой. В 3 случаях обнаруженные язвы были прикрыты тромбами, что указывало на источник кишечного кровотечения. Помимо изменений на слизистой было установлено заметное сужение просвета пораженных участков кишки. Гистологическое исследование взятых во время колоноскопии препаратов подтверждало установленный диагноз. Щелевидные или змеевидные язвы имели ровные края с наличием вокруг и преимущественно в дне язвы грануляционной ткани. Выводы. Степень эффективности эндоскопических методов исследования при болезни Крона определяется локализацией патологического процесса. При локализации патологического очага в терминальном отделе подвздошной кишки выполнение колоноскопии с осмотром дистального отдела тонкой кишки позволяет выявить специфические изменения, характерные для болезни Крона. При толстокишечной локализации эндоскопическое исследование является определяющим для уточнения диагностики данного заболевания.

104. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита

Захарова М.А., Горин Д.С., Кригер А.Г.

Москва

ФГБУ "НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского"
Минздрава России

Актуальность. Пациенты с осложненными формами хронического панкреатита (ХП), сопровождающимся вирусногнойным, панкреатическим, билиарным гипертензией, развитием некупируемого болевого синдрома, нуждаются в выполнении оперативного вмешательства. Объективным методом оценки эффективности проводимого лечения является определение качества жизни (КЖ). Цель: оценить качество жизни больных ХП в отдаленном

послеоперационном периоде. Материал и методы. Проведен анализ КЖ 31 пациента, оперированного по поводу осложненных форм ХП в 2015-2017 годах. Среди исследуемых больных 21 пациент мужского пола, 10 – женского. Все пациенты были оперированы в объеме частичной резекции головки поджелудочной железы с продольной панкреатоеюностомией. В одном случае хирургической операции предшествовало эндоскопическое лечение. Средний возраст пациентов составил 49(44;53) лет. ИМТ 22,4(20,4;24). Оценка КЖ осуществлялась с помощью общих анкет SF 36, QLQ EORTS C30, ВАШ. Анкетирование пациентов было выполнено не ранее чем через 6 месяцев после операции. Медиана наблюдения составила 11,5 месяцев. Количественные показатели представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха. Полученные данные были статистически обработаны с помощью непараметрических критериев. Достоверность различий между представленными результатами подтверждена с помощью критерия Манна-Уитни. Результаты. Уровень психологического статуса (SF 36) до операции составил 30,2(26,7;36,4) баллов, после операции – 53,8(48,7;57,3). Уровень физического состояния пациентов (SF 36) до операции достигал 30,5(24,8;37,5) баллов, после операции – 50,8(46,7;56,5). Отмечен прирост показателей качества жизни (QLQC30) с 29,17(0;50,0) баллов перед операцией до 75,0(54,2; 83,3) баллов после выполненного вмешательства. Уровень боли до операции составил 8(8;10) баллов по ВАШ, после операции – 3(2;5) балла. Установленные различия до и после операции статистически достоверны ($p<0,05$). Выводы. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита способствует значимому снижению болевого синдрома и улучшению качества жизни.

105. Робот-ассистированные вмешательства при неорганных забрюшинных опухолях

*Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С.,
Калдаров А.Р., Ахтанин Е.А., Стручков В.Ю.*

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии
им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение: миниинвазивные робот-ассистированные вмешательства являются альтернативным методом удаления неорганных забрюшинных опухолей (НЗО). В литературе описаны единичные случаи выполнения робот-ассистированных операций при НЗО. Цель: определение возможности и целесообразности робот-ассистированных операций при НЗО. Материал и методы: в абдоминальном отделении оперировано 69 больных НЗО. В основную группу включены 34 пациента, оперированных робот-ассистированным (РА) методом. В группу сравнения вошли 35 пациентов, которым выполнены традиционные (ТР) открытые вмешательства, выполненные лапаротомным доступом. Медиана размера опухоли при ТР методе составила 102 мм, при РА -75мм. Результаты: длительность операции при Тр методе составила 112,5 мин, при РА – 140 мин. Оценочная кровопотеря в миниинвазивном варианте была минимальной, при Тр составила 125 мл. Частота конверсий на открытое вмешательство составила 2,9% и потребовалась лишь в одном наблюдении. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (17%) больных при Тр и у 5 (14,7%) больных при РА методе. Летальных исходов не было в основной и контрольной группе. Выводы: миниинвазивные операции являются операциями выбора при наличии у больных НЗО размером не более 10-12 см, располагающихся в непосредственной близости от магистральных сосудов, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Для достижения успешного результата лечения НЗО необходима оценка возможностей различных методов выполнения операции.

106.Диагностики и лечение дивертикула Меккеля и его осложнений у детей

*Лабузов Д.С. (1), Савченков А.Л. (2),
Абросимова Т.Н. (2), Степанов В.Н. (2),
Киселев И.Г. (2)*

Смоленск

- 1) Смоленский государственный медицинский университет,
- 2) ОГБУЗ Смоленская областная клиническая больница

Актуальность. Дивертикул Меккеля — порок развития подвздошной кишки, представляющий собой необлитерированную проксимальную часть желточного протока. Клинические проявления дивертикула возникают лишь при развитии осложнений. Осложнениями являются кровотечение (до 40 %), кишечная непроходимость (30 %), дивертикулит и перфорация дивертикула (30 %). Возникшие осложнения дивертикула требуют точной диагностики и быстрого адекватного лечения, с учетом отсутствия характерных специфических симптомов, позволяющих вовремя поставить диагноз. В других случаях он может быть случайной находкой при лапаротомии или лапароскопии. Тактика при случайно обнаруженном дивертикуле остается спорной. Цель исследования: изучение результатов диагностики и лечения дивертикула Меккеля и его осложнений у детей. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ диагностики и лечения дивертикула Меккеля в детском хирургическом отделении Смоленской ОКБ с 2008 по 2018 гг. Проанализировано 20 случаев рассматриваемой патологии. Мальчиков было 15 (73,7%), девочек 5 (26,3%). Возраст пациентов от 1 месяца до 15 лет. Дети госпитализированы с подозрением на острую хирургическую патологию — острый аппендицит, острую кишечную непроходимость или желудочно-кишечное кровотечение. Детям проводился комплекс клинико-лабораторного и инструментального обследования (обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, реже ФГДС и ректоромано- и колоноскопия). Результаты. Клинико-лабораторные и инструментальные методы не позволили установить точный диагноз, а только предположить острую патологию органов брюшной полости связанную с дивертикулом. Диагноз устанавливался при лапаротомии и лапароскопии. У 6 (27,8%) пациентов выявлен

дивертикулит, у 1-го мальчика в сочетании с флегмонозным аппендицитом. У 4 (22,2%) имелась пептическая язва дивертикула и кровотечение, у 1-го пациента так же с перфорацией. Дивертикул осложнившийся острой кишечной непроходимостью диагностирован у 5 (22,2%) пациентов. У остальных 5 (27,8%) пациентов неизменный дивертикул был случайной находкой при выполнении оперативного вмешательства. Лапаротомия выполнена у 11 (66,7%) пациентов и у 9 (33,3%) лапароскопия. При осложнениях дивертикулэктомия выполнялась во всех случаях. Выполнение лапароскопии позволило выбрать оптимальный минидоступ для последующей дивертикулэктомии. При случайном обнаружении дивертикула удалялся при отсутствии других острых процессов в брюшной полости. Пациенты были выписаны с выздоровлением. Средняя длительность госпитализации составила 17 дней. Выводы. Дивертикул Меккеля и его осложнения редкая патология в практике детского хирурга. Во всех случаях точный диагноз устанавливается интраоперационно. Оптимальным методом диагностики и одновременно хирургическим доступом является лапароскопия.

107.Результаты лечения абсцессов печени

*Алексейцев А.В.(1,2), Нишневич Е.В.(1,2),
Вагин П.В. (1), Мерсаидова К.И. (1,2),
Плаксин К.В. (1,2)*

Екатеринбург

- 1) МАУ ГКБ №40
- 2) УГМУ; кафедра хирургии, колопроктологии и эндоскопии.

Заболееваемость абсцессами печени не превышает 20 человек на 100000 тысяч населения. Лишь немногие клиники обладают достаточным опытом лечения представленной патологии в связи с чем, в данной проблеме остаётся много спорных вопросов. Так, нет единой общепринятой классификации, различаются тактические подходы при выборе хирургических методов лечения, не определены сроки антибактериальной терапии и

продолжительность дренирования абсцессов, нет единых критериев лучевых методов диагностики для определения стадии абсцесса. Цель: изучить результаты лечения пациентов с абсцессами печени. Материалы и методы: систематизирован собственный опыт лечения 71 пациента с абсцессами печени за пятилетний период. Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 6$ лет. Распределение пациентов по этиологии абсцессов (Meyers; 2001г.): холангиогенные – 29(41%); из них 12(17%) – опухоль гепатопанкреатодуоденальной зоны, 16(23%) – ЖКБ, 1(1%) – ПСХ; порталные – 8(10%), криптогенные – 23(31%), травматические – 3(4%), гематогенные – 8(10%). Локализация абсцессов (Couinaud; 1957г.): 44(62%) больных – абсцесс правой доли, 20(28%) – левой доли печени, 7(10%) – биллобарная локализация. У 55(77%) больных – солитарные абсцессы, у 16(33%) – множественные. Размер абсцесса: до 3 см – 10(14%); 3-5 см – 12(17%); 5-10 см – 41(58%); более 10 см – 8(11%) пациентов. Тактика: при холангиогенных абсцессах первоначально добивались адекватного билиарного дренирования. Метод лечения абсцесса определяли в зависимости от размеров полости: до 3см – консервативная терапия, при неэффективности – пункция абсцесса с аспирацией под УЗ навигацией, 3-5см – пункция абсцесса с аспирацией, 5-10 см – однокатетерное дренирование под УЗ навигацией, более 10см – двухкатетерное дренирование. При отсутствии клинического эффекта – открытое дренирование. Размер абсцесса и локализацию определяли по данным комбинированного исследования: УЗИ, КТ или МРТ. Пункционно-дренирующие вмешательства выполняли по методике Ившина В.Г. с использованием УЗ навигации. Критерием эффективности лечения считали прекращение дебита из полости абсцесса, регресс воспалительного синдрома. Результаты: методы начального лечения: консервативная терапия – 10(14%), открытое дренирование – 8(11%), пункционно-дренирующие вмешательства – 53(75%) пациентов: однокатетерное дренирование – 39(55%), двухкатетерное дренирование – 9(13%), пункция с аспирацией – 5(7%). Показания к открытому дренированию: перитонит, отсутствие технической возможности для навигационной пункции, подозрение на опухолевый процесс. У 4 пациентов данные КТ не соответствовали УЗ картине – пациенты имели абсцесс в стадии формирования, при пункции гноя не получено, пациенты пролечены консервативно. У 2 пациентов с абсцессом менее 3см консервативная терапия

оказалась неэффективной – выполнена пункция с аспирацией. У 4 пациентов пункционное дренирование оказалось неэффективным, что потребовало конверсии доступа. Средний срок госпитализации $15,6 \pm 2$ суток. Средний срок антибактериальной терапии $8,1 \pm 1$ суток. У 10(14%) пациентов микрофлора, полученная из абсцесса, оказалась резистентной к стартовой антибактериальной терапии, которая потребовала корректировки с учётом результатов посева. Клинический успех пункционно-дренирующих вмешательств составил 75%. Летальность – 9(12,7%). Осложнения: кровотечение – 2(3%), дислокация дренажа – 2(3%) пациента. Выводы: 1. Для определения тактики лечения абсцессов печени требуется выполнение диагностического комплекса исследований УЗИ, КТ или МРТ. 2. Пункционно-дренирующие вмешательства являются предпочтительным методом лечения абсцессов печени, позволяют добиться клинического успеха в 75% случаев. 3. В 16% случаев при лечении абсцессов печени требуется выполнение открытых вмешательств.

108.Способ предотвращения ятрогенных повреждений желчных протоков при «трудной» ЛХЗ

Нуждихин А.В., Марийко В.А., Демченко И.Н.

Тула

ГУЗ ТО ТОКБ

Актуальность проблемы. Частота повреждений желчных протоков при холецистэктомии остается высокой, составляя от 0,32 до 0,95%. Имеется тенденция к возрастанию доли «высоких» повреждений ЖП. Лечение повреждений требует объединения усилий хирургов, специалистов по рентген-эндобилиарным и эндоскопическим вмешательствам. Цель исследования: провести анализ причин ятрогенных повреждений желчных протоков и предложить способ предотвращения осложнений. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 27 пациентов с ятрогенным повреждением желчных

протоколов, средний возраст пациентов составил 56 лет. Из них женщины — 21(78%), мужчины — 6(22%). В 6 (22)% случаях выполнялась ЛХЭ, в 14 (52%) случаях традиционная, открытая холецистэктомия, ЛХЭ с конверсией — 7 (26%) случаев. Результаты и их обсуждение: из 27 пациентов с ятрогенным повреждением желчных протоков интраоперационно повреждение выявлено у 18 (66%) пациентов, у 9 (33%) данное осложнение выявлено в послеоперационном периоде. У 6 (33%) пациентов с интраоперационно выявленным повреждением желчных протоков выполнялась холангиография во время операции. В 12 (44%) случаях повреждение произошло при «трудной» холецистэктомии. В 6 (22%) случаях операцию выполнял хирург со стажем работы менее 5 лет, в 10 (38%) случаях со стажем работы 5-10 лет, в 11 (40%) случаях со стажем работы более 10 лет. За 2018 год в ГУЗ ТО ТОКБ, в случаях при выполнении «трудной» ЛХЭ было применено контрастирование желчных протоков с использованием ICG-навигации. Следует отметить, что во всех случаях выполнение интраоперационной холангиографии было не возможно из-за выраженной инфильтрации тканей. Данная методика позволяет визуализировать желчные протоки и избежать их повреждения. Во всех случаях операция была закончена лапароскопически. Осложнений не наблюдалось. Выводы: методика ICG-навигации позволяет интраоперационно визуализировать желчные протоки и предотвратить их повреждение при «трудной» холецистэктомии.

109. Повторные хирургические вмешательства при рецидиве хиатальной грыжи и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

*Ахматов А.М., Тарбаев И.С., Бечвая Г.Т.,
Василевский Д.И., Корольков А.Ю.,
Лапшин А.С., Жолуд Н.Н.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ

им. И.П. Павлова Минздрава России;

Актуальность: Лечение хиатальных грыж остается одной из сложных проблем хирургии в связи с высокой частотой рецидива заболевания. Частота рецидива ГПОД после хирургического лечения составляет 3–12%, при параэзофагеальных и смешанных грыжах - до 30%. Рецидив ГПОД и симптомов ГЭРБ чаще всего возникает в срок от 1 до 3 лет после операции. Основные анатомические варианты рецидивов: синдром «телескопа», миграция манжетки в заднее средостение, несостоятельность швов манжеты или зоны крурорафии, формирование параэзофагеальной грыжи. Для предотвращения рецидива заболевания применяются различные подходы: гастропексия, укрепление хиатального отверстия круглой связкой или левой долей печени и другие методики. Но наибольшее распространение получило применение протезирующих материалов для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы. Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова с 2015 по 2018 г. было оперировано 27 пациентов с рецидивом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Во всех случаях для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы использовались полимерные имплантаты. Применялась методика “mesh-reinforced”. При размерах хиатального окна более 7 см выполнялась комбинированная передняя и задняя крурорафия, уменьшавшая натяжение тканей, а зона лигатур позади и спереди от пищевода укреплялась двумя имплантатами полулунной или одним протезом С-образной формы. Использовались протезы из полипропилена, обладающие наибольшей механической прочностью и высокой адгезивностью. Имплантаты фиксировались герниостеплером и перекрывали линию крурорафии на 2-2,5 см. Для исключения контакта со стенкой пищевода и ее возможного повреждения протезы располагались на расстоянии 2-3 мм от

внутреннего края диафрагмальных ножек. Для предотвращения желудочно-пищеводного заброса во всех случаях, кроме 5 (19%), выполнялась антирефлюксная реконструкция. Двоим - выполнение фундопликации не представлялось возможным в связи с выраженной рубцовой деформацией дна желудка. Трём пациентам из этой группы выполнена протезирующая пластика пищеводного отверстия диафрагмы из торакального доступа. При нормокинезии пищевода у 3 (11%) пациентов, осуществлялась циркулярная фундопликация на 360 о. При нарушениях сократительной активности органа, имевшей место у 19 (70 %) человек, проводилась парциальная фундопликация на 270о. С целью профилактики осложнений со стороны сетчатого имплантата в обязательном порядке при формировании манжеты стенка желудка располагалась в виде "прокладки" между пищеводом и протезом. Полученные результаты: Отдаленные результаты лечения (6-24 мес.) прослежены у 16 (59 %) из 27 человек. Специфических осложнений (перфорации пищевода протезом, его сужения) не отмечено ни в одном случае. Случаев рецидива хиатальной грыжи не отмечено. Возврат симптомов гастроэзофагеального рефлюкса без рецидива хиатальной грыжи был диагностирован у 1 (4 %) человек. Обсуждение: Таким образом, полученные результаты показывают высокую эффективность использования полимерных сетчатых материалов при пластике хиатального отверстия и доказывает безопасность их применения при соблюдении предложенных рекомендаций. Выводы: 1. Использование протезов при хирургическом лечении рецидивных хиатальных грыж является обязательным; 2. Применение полимерных имплантатов в данной области хирургии, с учетом особенностей анатомии и физиологии пищевода и диафрагмы, является безопасным.

110.Симультанные робот-ассистированные операции у пациентов с раком предстательной железы и паховыми грыжами

*Ветшев Ф.П., Шпоть Е.В., Осминин С.В.,
Проскура А.В., Чернов Я.Н.*

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет)

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее распространенным онкологическим заболеванием в мире среди мужчин, и занимает третье место по уровню смертности после рака легкого и колоректального рака. Радикальная простатэктомия (РП) является стандартом лечения РПЖ. На предоперационном этапе паховые грыжи (ПГ) диагностируют у 20-30% больных РПЖ, и ещё у 30% выявляют их интраоперационно. Риск развития ПГ после РП увеличивается в 4 раза и, согласно литературным данным, варьирует от 2,6% до 23,9% в зависимости от хирургического доступа. До 32% ПГ после радикальной простатэктомии (РП) – правосторонние, 28% - левосторонние и 40% - билатеральные, при этом у 66% больных выявляют косые ПГ. К факторам риска развития ПГ после РП относят возраст >70 лет, ИМТ <23 кг/м², курение, операции на брюшной полости, в том числе по поводу ПГ. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАП) в последние десятилетия получила широкое распространение в мире, так в США РАП выполняют более 70% больных РПЖ. Тем не менее, частота возникновения ПГ после РАП до конца не известна, а в мировой литературе можно найти немного работ, посвященных этой проблеме. Материалы и методы. С 2015 по 2018 гг. в онкологическом урологическом отделении Сеченовского Университета было выполнено 103 РАП. Средний возраст больных составил 64±7 лет, ИМТ - 27±3,6 кг/м². На предоперационном этапе ПГ диагностировали у 12 (11,6%) больных, интраоперационно у 2 (1,9%). В связи с этим хирургами абдоминального хирургического отделения было выполнено 14 симульных вмешательств: РАП и трансабдоминальную преперитонеальную платику (ТАПП) справа - 5, слева - 6 и с двух сторон - 3 больным. При этом использовали различные сетчатые эндопротезы: 4 - 3DMax 10,8x16 (Bard); 5 – PROGrid 15x10 (Covidien); 5 – PARIETEN PPL 15x10 (Covidien). У всех больных

сетчатый эндопротез укрывали отсепарованной ранее брюшиной с мочевым пузырем непрерывным швом нитью V-Loc (Covidien). Операции выполняла одна бригада урологов и хирургов на роботическом хирургическом комплексе «daVinci Si». Полученные результаты. Продолжительность РАП составила 122 ± 19 минут, при выполнении ТАРР с одной стороны это время увеличивалось на 16 ± 4 минуты, с двух - на 31 ± 3 минуты. Интраоперационная кровопотеря была 190 ± 36 мл. Срок пребывания в стационаре составил $5 \pm 1,4$ суток. Медиана наблюдения составила $18 \pm 3,6$ мес. Симультанное выполнение ТАРР не повлияло на кровопотерю, сроки пребывания в стационаре и число осложнений. За период наблюдения не было выявлено ни одного рецидива ПГ. Обсуждение. При анализе литературы с 2008 года было найдено 5 ретроспективных когортных исследований, посвященных ПГ после РАП. Авторы сообщают о возникновении ПГ в 4,9% - 15,4% наблюдений в течение 3 лет после РАП. Хирурги из Кореи в своей работе показали, что неполная облитерация влагалищного отростка брюшины, выявляемая у 12% взрослых мужчин, увеличивает риск развития ПГ после РАП с 1,9% до 26,3%. Американские авторы в обоих исследованиях предлагали выполнять ТАРР симультанно с РАП в случае пред- и интраоперационного выявления ПГ. По их данным при наличии односторонней грыжи время операции удлинится в среднем лишь на 15 минут, а риск возникновения ПГ после операции сводился к 0,001%. Выводы. Наше исследование подтверждает накопленный общемировой опыт и демонстрирует, что РАП с одномоментной ТАРР у больных ПГ и РПЖ является оправданным и эффективным вмешательством. Увеличение времени операции на 15-30 мин за счет ТАРР не влияет на увеличение частоты интра- и послеоперационных осложнений, время пребывания больного в стационаре. В то же время симультанное выполнение РАП и ТАРР, исключает необходимость повторной госпитализации и операции, тем самым улучшает качество жизни пациента и нивелирует экономические затраты. Рекомендации. РАП с одномоментной ТАРР следует рассматривать в качестве операции выбора у больных РПЖ с сопутствующей ПГ.

111. Оценка результатов двухпортовых торакоскопических вмешательств при буллезной эмфиземе легких

Дробязгин Е.А.1,2, Щербина К.И.2, Чикинев Ю.В.1,2, Хусаинов В.Ф. 1,2, Коробейников А.В. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет

2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Цель исследования: оценить результаты выполненных двухпортовых торакоскопических вмешательств при буллезной эмфиземе легких. Материалы и методы: анализ историй болезни пациентов с буллезной эмфиземой легких, отделения торакальной хирургии Новосибирской областной клинической больницы, анкетирование пациентов данной группы пациентов с помощью визуально – аналоговой шкалы боли. Результаты и их обсуждение: в период с 2017 по 2018гг выполнили двухпортовые торакоскопические вмешательства 21 пациенту (16 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18 до 35 лет. Средний возраст пациентов составил 28, 5 лет. Показанием к хирургическому явились: буллезная эмфизема легких, подтвержденная данными мультиспиральной компьютерной томографии, осложненная пневмотораксом в анамнезе. Видеоторакоскопию выполняли под эндотрахеальным наркозом с раздельной вентиляцией легких. В качестве хирургического доступа, всем пациентам выполнялась двухпортовая торакоскопия. Для более эффективного лечения спонтанного пневмоторакса выполняли атипичную резекцию легкого с субтотальной плеврэктоми-ей. У 6 пациентов объем операции был изменен до плеврэктоми. Особенно-сти двухпортового доступа, позволили выполнить этап плеврэктоми без предварительной гидропрепаровки парietальной плевры, что технически не имело отличий от стандартной (открытой) плеврэктоми и существенно со-кратило время оперативного лечения. В раннем послеоперационном периоде одному пациенту потребовалось дополнительное дренирование плевральной полости по причине не расправления легкого, сохраняющегося сброса воздуха. В 1 случае, в раннем послеоперационном периоде внутриплевральное кровотечение, что потребовало повторного вмешательства в объеме:

ретора-коскопия, ревизией плевральной полости. Причиной которой явилось диффузное кровотечение из раневой поверхности грудной клетки после плеврэктомии. При оценке визуально – аналоговой шкалы боли максимальный болевой порог составил в первые сутки и не превышал 5 баллов. Выводы: двухпортовая торакоскопическая хирургия при лечении осложненных форм буллезной эмфиземы легких, является оптимальным доступом и не уступает как классической торакокопии, так и открытой хирургии. В свою очередь видеоторакоскопические операции малотравматичны и при сочетанном применении эффективны в лечении больных с осложненными формами буллезной эмфиземы легких.

112.Профилактика и лечение осложнений после лапароскопической трубчатой гастрэктомии

*Бабаев Ф.А., Вакулин Г.В., Ледин А.О.,
Новосельцев А.Е.*

Тверь

Тверской государственный медицинский
университет

Актуальность: Ожирение является растущей проблемой во всем мире, и бариатрическая хирургия рассматривается как единственный вариант долгосрочного лечения. Трубчатая гастрэктомия была впервые описана Hess как первый шаг операции выключения двенадцатиперстной кишки, а затем стала популярной в качестве варианта первичной операции. Лапароскопическая трубчатая гастрэктомия (ЛТГ) является операцией с более коротким периодом обучения и более легкой операцией в техническом плане по сравнению с другими операциями по лечению ожирения, такие как лапароскопическое желудочное шунтирование Roux-en-Y и билиопанкреатического отвода (biliopancreatic diversion) с дуоденальным выключением (duodenal switch). Однако ЛТГ не является полностью идеальной процедурой и имеет свои собственные осложнения. Цель исследования:

Целью исследования была демонстрация возможности профилактики заворота желудочной трубки (кондуита) с нарушением пассажа после трубчатой (Sleeve) гастрэктомии с оментопексией степлерной линии большой кривизны без увеличения частоты других осложнений. Материалы и методы. В исследование было включено 1264 пациентов, перенесших Sleeve гастрэктомию с оментопексией между мартом 2012 года и августом 2017 года в центрах бариатрической и метаболической хирургии в Стамбуле и в Баку. В качестве данных у пациентов регистрировались индекс массы тела (ИМТ), возраст, пол, сопутствующие заболевания и послеоперационные осложнения. Результаты. В общей сложности 1264 пациентам выполнена Sleeve гастрэктомия и оментопексия. Женщин было 909, мужчин 355. Средний возраст пациентов составил 36 лет (от 14 до 71 года). Средний индекс массы тела составлял 42,74 кг / м² (от 35 до 73 кг / м²). Семнадцать из них (1,3%) ранее подвергались временной обструкции желудка (banding), а другие 72 (5,7%) пациентов имели предыдущую операцию на брюшной полости. Число пациентов, перенесших симультанную холецистэктомию, было 86 (6,8%). У двух пациентов (0,15%) наблюдалось кровотечение из степлерной линии из-за гипертонии и применения антикоагулянтов в послеоперационном периоде, и эти пациенты вылечены консервативным путем. Наблюдалась одна несостоятельность-утечка из степлерной линии. Твист, заворот, стриктура не наблюдались, летальных случаев не было отмечено. Выводы: Sleeve гастрэктомия с оментопексией путем стабилизации задней стенки желудка может предотвратить заворот желудочной трубки (кондуита), который является функциональной причиной стеноза желудка.

113. Использование видеоэндоскопических технологий в лечении больных колоректальным раком

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

Барнаул

НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД»

Актуальность: заболеваемость раком толстой кишки не имеет тенденции к снижению, что определяет актуальность совершенствования методов его хирургического лечения. Видеоэндохирургические технологии все шире используются в лечении колоректального рака, обеспечивая результаты, сопоставимые с традиционным хирургическим лечением. Материалы и методы: в клинике факультетской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе хирургического отделения НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД» видеоэндохирургические вмешательства выполнены 47 пациентам раком толстой кишки. Подавляющему числу больных (44 чел. 93,6%) произведены радикальные операции, трем пациентам (6,4%) выполнена паллиативная резекция толстой кишки на фоне диссеминации опухолевого процесса в брюшной полости. У 9 (19,2%) больных опухоль локализовалась в слепой кишке, у 6 (12,8%) человек – в восходящей ободочной кишке, рак поперечно-ободочной кишки был у 1 (2,1%) больной, нисходящей ободочной кишки у 2 (4,2%) пациентов, сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода у 14 чел. (29,8%), верхне- или среднеампулярного отдела прямой кишки у 15 (31,9%) больных. Пациентам выполнялись видеоассистированные хирургические вмешательства с лимфодиссекцией D-2 в объеме правосторонней (15 чел.) или левосторонней (2 чел.) гемиколэктомии, резекции поперечно-ободочной кишки (1 чел.), резекции сигмовидной кишки (14 чел.), низкой передней резекции прямой кишки с мезоректумэктомией (13 чел.), видеолапароскопической брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки (2 чел.). У всех больных было произведено восстановление непрерывности толстой кишки. После право- или левосторонней гемиколэктомии, резекции поперечноободочной и сигмовидной кишок межкишечное соустье формировали из минилапаротомного доступа однорядным непрерывным швом. Десцендо-

ректоанастомоз после низкой передней резекции прямой кишки накладывали с использованием сшивающих аппаратов «Endo GIA™ Universal» или «Premium Pius CEEA». Превентивную колостомию не производили. В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у двух пациентов (4,2%). В одном наблюдении возникла несостоятельность сигмо-ректоанастомоза после видеоассистированной низкой передней резекции прямой кишки, что потребовало выполнения санационной видеолапароскопии, двухствольной сигмостомии. Дефект сигмо-ректоанастомоза закрылся. В другом наблюдении произошло коагуляционное повреждение нижней 1/3 правого мочеточника в процессе проведения мезоректумэктомии при низкой передней резекции прямой кишки. В последующем пациентке выполнена реконструктивная операция Боари. Конверсия эндохирургического доступа осуществлена у одного пациента вследствие отрыва притока верхней брыжеечной вены от ее ствола при проведении правосторонней гемиколэктомии. Осложнение устранено путем наложения сосудистого шва. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 12,5 дня, продолжительность раннего послеоперационного периода - 9,1 суток. У одной больной продолженный рост опухоли после паллиативной низкой передней резекции прямой кишки зарегистрирован через 3 месяца после операции. Двум пациентам, перенесшим видеоэндохирургические циторедуктивные вмешательства, произведена резекция печени с метастазами опухоли. Сроки наблюдения за больными после операции составили до 3 лет, рецидива заболевания не выявлено. Таким образом, видеоэндохирургические технологии с успехом могут быть использованы в лечении больных колоректальным раком.

114.Послеоперационные кровотечения у больных с резекционными вмешательствами на поджелудочной железе

Горин Д.С., Гоев А.А, Берелавичус С.В., Кригер А.Г.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение. Послеоперационное кровотечение (ПКР) является наиболее опасным и тяжелым осложнением в хирургии поджелудочной железы(ПЖ). Частота его возникновения варьирует от 1 до 29 %, а летальность, обусловленная кровотечением, достигает 3-60%. Цель. Разработать стратегию оказания медицинской помощи пациентам с кровотечениями на фоне перенесенных резекционных вмешательств на поджелудочной железе. Материалы и методы. В отделении абдоминальной хирургии ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России в 2014-2017 годах было оперировано 387 больных, которым произведены резекционные операции на ПЖ. Послеоперационное кровотечение возникло у 43 больных (11.1 %) Результаты. Внутрибрюшное ПКР было у 27 (62.7%) больных. Кишечное ПКР возникло у 14(32.5%) больных, сочетанное кровотечение было отмечено в 2 (4.6%) случаях. По времени возникновения ПКР в 5 (11.6%) случаях было ранним, в течение первых суток, в 38 (88.4%) – поздними. Наиболее часто ПКР возникало после ПДР, выполненных по поводу различных опухолей ПЖ (48.8%). В 3 (6.9%) случаях применялась только консервативная терапия, у данных больных ПКР трактовано как «сторожевое». С целью остановки кровотечения релапаротомия выполнялась 19 (44.2%) больным, рентгенэндоваскулярный гемостаз – 21(48.8%). В 7 наблюдения РЭЛ применялось при рецидиве кровотечения, у 3 больных после ранее выполненной релапаротомии; у 4 – при рецидиве после ранее выполненного РЭЛ. Из 28 наблюдений рентгенэндоваскулярного лечения кровотечений в 5(17.8%) выполнялось стентирование, в 23 (82.2%)-эмболизация. Летальность в группе больных, перенесших ПКР, составила 18.6 %(8). Из 19 больных, которым выполнялась релапаротомия с целью остановки кровотечения, умерло 6 (31.6%); из 21 одного больного, получившего РЭЛ с целью гемостаза, умерло 2 (9.5%) больных. Выводы.

Кровотечение после резекционных операций на ПЖ является наиболее опасным осложнением. При тяжелом кровотечении с гемодинамическими нарушениями требуется экстренная релапаротомия. При отсутствии нарушений гемодинамики оптимальным способом является эндоваскулярный метод остановки кровотечения.

115.10-летний опыт использования эндоскопических технологий в гинекологии

Политова А.К., Кира Е.Ф., Гайтукиева Р.А, Вязьмина К.Ю.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,

В настоящее время лапароскопия представляет один из наиболее перспективных методов лечения различных гинекологических заболеваний. Внедрение эндоскопического доступа в клиническую практику позволило коренным образом пересмотреть принципы хирургического лечения патологических состояний органов малого таза. Метод хирургической лапароскопии постоянно развивается благодаря появлению новых аппаратов и инструментов для эндохирurgical вмешательств, совершенствованию и разработке методик эндоскопических операции. Однако остается большое количество дискуссионных вопросов. По мнению многих исследователей до сих пор не найдена «идеальная» энергия, которая отвечала бы всем требованиям современной хирургии. Следует отметить, что среди заболеваний женской половой сферы наблюдается тенденция к «омоложению», они могут сопровождаться значительным нарушением качества жизни у пациенток фертильного возраста ввиду болевого синдрома, гиперполименореи, хронической анемии, нарушения фертильности. Значимость эндоскопии в сохранении и восстановлении репродуктивного потенциала очень велика, так как позволяет снизить травматичность операции, осуществлять прецизионную технику, профилировать инфекционные осложнения и

послеоперационное спайкообразование. С 2008 года в отделении гинекологии ФГБУ НМХЦ имени Н.И.Пирогова проведено 15157 эндоскопических операций, включая внутриматочные. Среди них радикальных оперативных вмешательств на матке – 1676, органосохраняющих операций на матке – 564, операций на придатках матки – 4010, гистерорезектоскопических операций – 8798. Лапароскопическая сакровагинопексия произведена 12 пациенткам по поводу выпадения купола влагалища после гистерэктомии. 11 женщинам с синдромом Рокитанского-Кюстнера выполнен перитонеальный кольпопоз. 5 больных прооперированы по поводу глубокого ретроцервикального эндометриоза, из них с использованием методики «shaving» - 2 женщины, резекция мочевого пузыря произведена в 1 случае, передняя резекция прямой кишки – в 1, сегментарная резекция сигмовидной кишки с формированием аппаратного анастомоза «конец в конец» - в 1. В нашей клинике пациентам данной категории чаще выполняются робот-ассистированные оперативные вмешательства. С использованием лапароскопического доступа оперировано 81 больная онкологического профиля в объеме расширенных операции в сочетании с тазовой лимфаденэктомией или оментэктомией: по поводу рака яичников – 28 женщин, рака эндометрия – 5, пограничных опухолей яичников – 17, атипической гиперплазии эндометрия – 31. Ежегодная частота осложнений не превышала 0,06%-0,8%. Наиболее серьезных осложнений было 28 (0,44%): ранение мочевого пузыря - 3, ранение толстой и тонкой кишки - 4, краевое ранение наружной подвздошной артерии - 1, ранение общей подвздошной артерии – 1, ранение мочеточника - 7, геморрагические осложнения - 11, ТЭЛА - 1. При гистерорезектоскопических операциях в 3 случаях имела место перфорация матки. Конверсионная лапаротомия отмечалась в 6 случаях (0,09%). Летальных исходов не было. Средняя длительность госпитализации после лапароскопических операций составила $4,6 \pm 1,2$ койко-дней, после гистерорезектоскопических - $2,3 \pm 0,4$ койко-дней. В настоящее время в лечении больных гинекологического профиля прослеживается стойкая тенденция к внедрению минимально инвазивных технологий, технические возможности которых постоянно расширяются и совершенствуются. Выбор доступа должен определяться взвешенным подходом к оценке всех возможных нюансов хирургического вмешательства и преследовать основную цель - сохранение здоровья женщины.

116.Использование хирургического роботизированного комплекса da Vinci в гинекологической практике.

*Политова А.К., Кира Е.Ф., Вязьмина К.Ю.,
Гайтукиева Р.А.*

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

В настоящее время эндовидеохирургия представляет одно из наиболее активно развивающихся направлений в лечении больных гинекологического профиля. Внедрение хирургического робота «da Vinci» (Intuitive Surgical, USA) позволило существенно расширить визуальные и мануальные возможности хирурга при работе в минимально инвазивной среде, увеличить круг врачей, способных выполнить эндоскопические вмешательства. С 2009 года в отделении гинекологии ФГБУ НМХЦ им. Н.И.Пирогова с использованием роботизированного комплекса «da Vinci» выполнено более 270 операций. Среди них 179 радикальных операции и 66 органосохраняющих вмешательств: гистерэктомия произведена 114 пациенткам, пангистерэктомия в сочетании с тазовой лимфаденэктомией – 50, пангистерэктомия в сочетании с тазовой и парааортальной лимфаденэктомией – 2, миомэктомия – 41, иссечение эндометриоидного инфильтрата – 25, перитонеальный кольпопоз – 8, сакрокольпопексия – 22, другие операции – 9. Двум больным выполнены симультанные операции по поводу патологии органов женской половой сферы в сочетании с раком толстой кишки. Основными показаниями к операции служили: миома матки, аденомиоз и гиперпластические процессы эндометрия, атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ), рак тела и шейки матки, рак или пограничная опухоль яичников, распространенный ретроцервикальный эндометриоз, выпадение купола влагалища после пангистерэктомии, врожденный порок развития - синдром Рокитанского-Кюстнера. В нашей клинике выполнено более 60 расширенных операции в сочетании с тазовой и парааортальной лимфаденэктомией, оментэктомией. В основном пациентам с раком эндометрия - 41, реже с раком шейки матки -16, с раком или пограничной опухолью яичников - 2, со сложной гиперплазией

эндометрия с атипией - 5. Следует отметить, что робот-ассистированные технологии позволяют у данной категории пациенток выполнять прецизионную лимфодиссекцию, осуществлять адекватное хирургическое стадирование опухоли, нервосберегающие операции, удалять большее количество лимфоузлов, а также снизить вероятность лимфореи в послеоперационном периоде. Опыт выполнения сакроколюмпоэксии составляет 22 операции. Сакровагинопексия является операцией выбора при апикальном пролапсе гениталий, дает хорошие результаты, низкую частоту интра- и послеоперационных осложнений. Частота успешных результатов, по нашим данным, составляет 96%. По поводу глубокого ретроцервикального эндометриоза в нашей клинике выполнено 25 робот-ассистированных операций. Иссечение эндометриоидного инфильтрата с использованием методики «shaving» имело место у 12 больных, резекция мочевого пузыря – у 5, резекция мочеточника с формированием уретероцистоанастомоза – у 2, краевая резекция прямой кишки – у 3, передняя резекция прямой кишки – у 1, низкая передняя резекция прямой кишки и нижней трети сигмовидной кишки с наложением сигмо-ректального анастомоза и двустольной трансверзостомой – у 1, сегментарная резекция сигмовидной кишки с формированием аппаратного анастомоза «конец в конец» - у 1. Хирургическое лечение глубокого эндометриоза является вполне оправданным, но связано с высоким риском осложнений. Наш опыт свидетельствует о положительном влиянии радикального удаления всех очагов как с позиций уменьшения болей, вероятности рецидива, так и с позиций положительного влияния на процент наступления беременностей. Осложнения отмечались в 2 случаях (менее 1%): ранение мочеточника при тазовой лимфаденэктомии, ранение подвздошной вены при парааортальной лимфаденэктомии. Имели место 2 конверсионной лапароскопии и 1 конверсионная лапаротомия. Длительность госпитализации составила $6,7 \pm 1,2$ койко-дней. Послеоперационный койко-день – $5,6 \pm 1,6$ койко-дней. Таким образом, наиболее эффективно использование хирургического роботизированного комплекса «da Vinci» при работе в труднодоступных анатомических областях, при необходимости выполнения обширной диссекции, наложения большого количества швов. Учитывая все преимущества и недостатки, целесообразно его внедрение в онкогинекологической практике, в хирургическом

лечении тяжелых форм эндометриоза, пролапса тазовых органов.

117. «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни»: новый инструмент для оценки эффективности лечения пациентов

*Гаджиев Н. К. (1), Бровкин С. С. (2),
Григорьев В. Е. (2), Горелов Д. С. (1),
Петров С. Б. (1)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

2) Всероссийская клиника экстренной и
радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России

«Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни»: новый инструмент для оценки эффективности лечения пациентов
Актуальность. Перкутанная нефролитотрипсия в настоящее время является «золотым стандартом» лечения камней почки размером более 2 см. Тем не менее, эта методика не лишена осложнений и не гарантирует полное очищение почки от камня (Stone Free, SF). Только строгое соблюдение техники операции, а также непрерывный анализ ошибок могут улучшить результаты лечения. Большую помощь в этом оказывают инструменты, направленные на обобщение имеющихся материалов – реестры или регистры. В российском урологическом сообществе давно обсуждалась необходимость создания реестра по хирургическому лечению МКБ, позволяющего обновлять, контролировать и статистически обрабатывать внесенные в него сведения. Материалы и методы. На базе ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России в 2013 создан «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» (свидетельство о государственной регистрации базы данных №2016621637). Нами был проведен анализ результатов лечения 1059 пациентов, данные

которых были внесены в реестр с марта 2014 года по июнь 2018 года. Структура «Реестра» включает 4 основных раздела: 1) карта пациента; 2) карта операции; 3) карта наблюдения; 4) графики, таблицы, диаграммы. Просмотр персональных данных возможен только для пользователя-уролога, создавшего карту пациента. Послеоперационные осложнения указываются в соответствии по системе Clavien. В «Реестре» реализована возможность отображения текущих данных в виде графической информации, а также автоматического построения графиков, таблиц и диаграмм. Результаты. По данным «Реестра», 44% пациентов представляют категорию рецидивных камнеобразователей. При этом у 1% пациентов имелась ту или иную форму аномалий мочевыводящих путей. Необходимо отметить, что основная категория оперированных пациентов (60%) относятся к категории ASA2. В 91% случаев выполнялась стандартная ПНЛ, в 9% случаев – мини-ПНЛ. Эффективность ПНЛ составила 80%. При более строгом подходе к резидуальным фрагментам (полное отсутствие фрагментов после операции по данным КТ), отмечено снижение эффективности до 23%. Дренирование после выполненных операций осуществлялось при помощи нефростомы у 88% пациентов, в 6% случаев операция завершалась по бездренажной методике (только мочеточниковый стент) и в 6% случаев – по полностью бездренажной методике. Осложнения оценивались по классификации Clavien. Так, 86% пациентов не имели осложнений. Из 14% пациентов осложнения Clavien I встречались у 9,9% случаев. Clavien II – 2,6% случаев; Clavien III – 0,9% случаев. В 0,4% случаев отмечены осложнения группы IVa и в 0,2% случаев – IVb. Случаев летального исхода отмечено не было. Обсуждение. Созданный «Реестр» обладает рядом несомненных позитивных сторон: непрерывный сбор и анализ информации, а также доступность её для всех участвующих в исследовании учреждений здравоохранения позволяет оценивать качество медицинской помощи, создавая платформу для открытого обсуждения важных вопросов. Выводы. «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» является эффективным инструментом оценки результатов лечения. Возможность обобщения и анализа данных повышают его клиническую и научную значимость. Рекомендации. «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» может быть рекомендован для использования в клинической практике для повышения эффективности хирургического лечения МКБ.

118.Технология ICG-визуализации - новый эталон безопасной хирургии

Кащенко В.А. (1,2), Лодыгин А.В. (1,2),
Ахметов А.Д. (1), Мицинская А.И. (2),
Мицинский М.А. (2)

Санкт-Петербург

1.ФГБУЗ ФМБА РФ Клиническая больница 122 имени Л.Г. Соколова, главный врач – Накатис Я. А.
2. Санкт-Государственный университет, кафедра факультетской хирургии, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Кащенко В.А.

Последние десятилетия были ознаменованы триумфом малоинвазивной хирургии, задавшей главный вектор эволюции всей хирургической методологии. Стремление обеспечить безопасность малоинвазивных вмешательств, лишенных классических методов мануального и визуального контроля, переросло в концепцию безопасной малоинвазивной хирургии (safe surgery). Флуоресцентная визуализация, представленная ICG-навигационными вмешательствами, является одной из последних новаторских технологий, выводящих хирургический метод на принципиально новый методический уровень. Технологии флуоресцентной визуализации позволяют оценить кровоснабжение органов (ангиография и перфузия), анатомию лимфатической системы (лимфография), анатомию желчных протоков (холангиография), определить границы опухолевого поражения и многое другое. Внедрение ICG – навигационных вмешательств по новому поставило вопрос о соотношении стандартизации и индивидуализации хирургического приема. ICG-аббревиатура названия препарата indocyanin green. Основа технологии – накопление ICG тканями и способность флуоресцировать в специальном световом спектре. Применение ICG в билиарной хирургии – визуализация желчного дерева, визуализация пузырной артерии. Актуально при атипичных анатомических вариантах, остром холецистите, инфильтрате, синдроме Мирицци. В своей практике мы применили ICG при выполнении ЛХЭ у 40 пациентов (у 25 имело место осложненное течение ЖКБ). 25 мг. препарата разводили в 10 мл стерильного раствора для инъекций и вводили в/в в количестве 6 мл. за 4-6 часов при плановой операции и за 30 мин. при выполнении экстренной ЛХЭ. Визуализация анатомических структур

достигнута в 100%. Надо отметить, что при остром холецистите она была хуже (большую роль играет время экспозиции после введения препарата). Осложнений в этой группе больных не отмечено. В хирургии щитовидной железы препарат в дозировке 0,2 мг/кг мы вводили за 2 часа до операции. Технология применена у 10 пациентов. Во всех случаях достигнута визуализация паращитовидных желез. Осложнений не отмечено. В колоректальной хирургии и хирургии желудка мы использовали ICG для визуализации лимфатических узлов, оценки перфузии тканей перед пересечением органов, для оценки кровоснабжения сформированного анастомоза. Технология применена у 29 больных. 23 пациента оперированы по поводу колоректального рака, 3 пациента с болезнью Крона, 3 – с раком желудка. Начинали с эндоскопического перитуморозного введения препарата сразу после ревизии брюшной полости в дозировке 0,25 мг/кг. Оценивали лимфатические узлы, выполняли соответствующую ЛАЭ. Среднее время начала флуоресценции л/у составило 15 минут. Далее вводили препарат в/в и оценивали перфузию тканей перед пересечением органов и завершающим этапом выполняли повторное в/в введение препарата и оценивали кровоснабжение анастомоза (среднее время “доставки” препарата к анастомозу составило 30 сек.). У 6 (20,6%) из 29 пациентов ICG-визуализация привела к изменению интраоперационной тактики (изменение уровня резекции 3, отказ от расширенной ЛАЭ 1, расширение объема ЛАЭ 1, отказ от превентивной стомы 1). Осложнений в этой группе больных не было. Выводы: Методика ICG-визуализации безопасна. Технология применима в 100% случаев, даже после конверсии. Не приводит к значительному увеличению продолжительности операции (в среднем занимала 5-25 мин.). Позволяет интраоперационно корректировать тактику хирургического лечения. Значимо снижает частоту развития интра- и послеоперационных осложнений.

119. Применение видеоторакокопии и мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике и лечении тяжелых травм груди

*Кочергаев О.В. (1,2), Копалин А.А. (2),
Котыкин В.А. (2), Кожевников А.А. (2)*

Самара

Самарский гос ФГБОУ ВО «Самарский
государственный медицинский университет»
Минздрава России ГБУЗ Самарской области
«Самарская городская больница №2 имени
Н.А. Семашко»

Введение. В современной хирургии повреждений все шире находит применение видеоторакокопия при травмах груди (Яблонский П.К. и соавт., 2017, Жестков К.Г. и соавт., 2017). Однако совместное использования мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и видеоторакокопии не достаточно широко освещается в литературе. Цель исследования. – улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелыми травмами и ранениями груди, в том числе при политравме, на основе применения современных методов лучевой диагностики (МСКТ) и малоинвазивных методов лечения, в том числе видеоторакокопии. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 112 пострадавших с повреждениями груди в травмоцентре Самарской городской клинической больницы №2 имени Н.А.Семашко в период с 2015-2018годы. Тяжесть повреждения при закрытой травме (87пациентов) оценивались по шкале (ISS). Средние значения ее составили 24-34 балла. У 25 пострадавших имелись колото-резаные ранения груди. Всего выполнено 43 видеоторакокопии (38,3%). В 29 случаях она выполнена при ранениях (открытых повреждениях) и у 14 пострадавших - при закрытых травмах груди (политравме). В современном подходе к лечению повреждений груди приоритетное место занимает мультиспиральная компьютерная томография. Она позволяет за минимальный отрезок времени (10-15мин) провести эффективную диагностику с чувствительностью близкой к 100%. В исследуемой группе МСКТ произведена 91 пострадавшему. Точная диагностика позволяла избрать рациональную хирургическую тактику, в том числе с использованием видеоторакокопии. Основное преимущество видеоторакокопии - это ее малотравматичность и диагностическая эффективность. При ранениях сердца (7

пострадавших) в послеоперационном периоде активно мониторировалось развитие посттравматического перикардита. В двух случаях производили фенестрацию перикарда с целью его дренирования. Применения МСКТ и торакоскопии ограничивалось тяжестью состояния пострадавшего, наличием стабильной гемодинамики (АД 90 и 60 ммртст) и эффективного дыхания. После верификации повреждений груди определялись показания к выполнению видеоторакоскопии. Следует отметить, что МСКТ и видеоторакоскопия дополняют друг друга. Так, выявленные при лучевой диагностике гидроперикард, газ в средостении, жидкость в плевральных полостях позволяли сформировать показания к проведению видеоторакоскопии с целью исключения ранения сердца, гидроперикарда, повреждений пищевода (2 случая). Для проведения сравнительного анализа авторы разделили исследуемые группы на две: контрольная и основная. В контрольной использовался рутинный подход к диагностике и лечению (дренирование, рентгенография груди). В основной применяли видеоторакоскопию и МСКТ. Внедрение МСКТ и малоинвазивных методов способствовало уменьшению травматичности, повышению качества диагностики и уменьшению летальности. Как показали результаты проведенного исследования, летальность в основной группе составила 5,7%. Вместе с тем в контрольной она достигала 16,7%. Заключение. Основными преимуществами использования МСКТ и видеоторакоскопии является: - высокая эффективность диагностики повреждений груди; - качественная санация и дренирование плевральной полости; - выявление (исключение) ранений сердца (при стабильной гемодинамике), посттравматического перикардита в послеоперационном периоде; - Определение (исключение) ранений пищевода; - способствуют быстрой реабилитации пострадавших.

120.Резонансная стимуляция в комплексной профилактике послеоперационного пареза кишечника у больных с распространенными формами перитонита

Халидов О.Х. (1,2), Фомин В.С. (1,2), Карпов И.В. (2), Джаджиев А.Б. (1,2), Гудков А.Н. (2)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
- 2) ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева

Цель. Оценка эффективности транскutánной резонансной стимуляции в комплексной коррекции моторно-эвакуаторных нарушений в послеоперационном периоде у пациентов с распространенным вторичным перитонитом. Материалы и методы. В ходе работы анализу подвергнут исход лечения 125 пациентов (2015-2018 гг). Все пациенты удовлетворяли критериям включения, критерием не включения в исследование считался письменный отказ, а также необходимость ре-лапаротомии «по программе». Отмечалось преобладание лиц мужского пола (соотношение 2,7:1), средний возраст $35,5 \pm 2,02$ лет. Оперативные вмешательства выполнялись с соблюдением требований нормативных документов (приказы 320 и 83 ДЗМ). С целью объективизации данных нами были выделены 2 группы исследования: 1я (n-67; ведение послеоперационного периода с дополнительным применением резонансной электростимуляции) и группа 2 (n-58; послеоперационное ведение больных согласно нормативной документации): группы были соизмеримы по полу, возрасту, объему операции, а также исходной тяжести состояния больных ($p > 0,05$). В рамках предоперационной подготовки производилась манометрия внутрибрюшного давления (ВБД) трансвезикально, в последующем проводилась манометрия в послеоперационном периоде на 1, 3, 5, 7 сутки. Ежедневно всем пациентам выполнялся мониторинг перистальтической активности на «селективном полиграфе ЖКТ», а в 1 группе также выполнялась резонансная стимуляция (патент РФ 2648819). Результаты. Исходно перистальтическая активность в раннем послеоперационном периоде имела низкие осцилляции согласно данным селективного полиграфа ЖКТ. На фоне резонансной стимуляции в группе 1 отмечался более быстрый период восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника, прирост осцилляций на фоне

резонансной стимуляции до $56,4 \pm 2,6$ мкВ во всех отделах с достижением и сохранением синхронизацией спектров, что отличалось от тождественных параметров группы сравнения. Полное восстановление моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта к 5-м суткам лечения: в группе 1 - у 63 (96,9%) пациентов, что достоверно отличалось от тождественных параметров группы 2 ($n=48$; 82,7%; $p \geq 0,05$). Анализируя полученные данные ВБД в группах исследования отмечена статистически достоверная диссоциация сравниваемых показателей начиная с 3-х суток лечения ($p \geq 0,05$) и до окончания измерения согласно дизайну исследования в пользу группы 1. На основании расчета ПИР по Pusa₂ нами прослежена динамика роста последнего в группе 2 с сохранением практически неизменных достоверно более низких значений индекса в 1й группе ($p \geq 0,05$). На 4е и 5е сутки анализа ПИР был практически более чем в 2 раза выше в группе 2 ($p \geq 0,05$), что сочеталось с ростом процента осложнений у этих пациентов по шкале Clavien-Dindo. Суммарно 10 пациентов (17,2%) были подвергнуты ре-операциям в группе 2 ($p \geq 0,05$), среди последних было 6 случаев перфораций острых язв тонкой кишки и 4 случая илеуса, резистентного к консервативной терапии (5 случаев удалось разрешить консервативно). Экспозиция нахождения назоинтестинальных зондов в основной группе составила $3,8 \pm 0,4$ сут, в группе сравнения - $5,4 \pm 0,7$ сут ($p \geq 0,05$). Дренажи из брюшной полости в 1й группе удалены в общей массе к 3-м суткам, а в группе 2 - 4,2 суток (в среднем). Длительность стационарного лечения в группе 2 была достоверно выше ($10,3 \pm 0,8$ суток), чем в 1й группе ($7,4 \pm 0,7$ суток; $p \geq 0,05$), что также не в последнюю очередь связано с количеством и характером послеоперационных осложнений. Заключение. Применение резонансной электростимуляции стимуляции в профилактике моторно-эвакуаторных осложнений в лечении распространенных форм перитонита в раннем послеоперационном периоде способствует более быстрой нормализации перистальтики, восстановлению пассажа кишечного содержимого по пищеварительному тракту, нормализации ВБД и профилактике органной недостаточности. На основании полученных данных считаем целесообразным включение вышеприведенного метода резонансной стимуляции в комплексные схемы ведения послеоперационного периода у подобных пациентов.

121. Результаты внедрения эндоскопических методов лечения пациентов с абдоминальными грыжами различных локализаций

Колядко В.П. (1), Деговцов Е.Н. (2),
Колядко П.В. (1), Сатинов А.В. (1),
Буторин К.К. (1), Карпачев Г.В. (1),
Рыжкова Е.А. (1)

Нижевартовск 2) Омск

- 1) Нижневартовская Окружная
Клиническая Больница
- 2) Омский государственный
Медицинский Университет

Эндоскопические технологии плотно вошли в нашу хирургическую жизнь, наблюдается бурный рост их развития. Соответственно внедрение этих технологий и обучение им молодых специалистов является первостепенной задачей нашего сообщества. Цель: оценить результаты внедрения эндоскопических методов лечения пациентов с абдоминальными грыжами различных локализаций. Материалы и методы: С 2014 по 2018 гг. на лечение в Нижневартовской ОКБ находились 123 пациента с абдоминальными грыжами. Из них 73 пациента – диафрагмальные грыжи. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – 71 пациент (1 в сочетании с дивертикулом пищевода, 3 с ахалазией кардии 3-4 ст., 2 рецидивных ГПОД и 8 с ЖКБ; 1 с пупочной грыжей. У 2 пациентов посттравматические диафрагмальные грыжи, у 1 с интерпозицией в левую плевральную полость желудка, селезенки, поджелудочной железы, селезеночной флексурой ободочной кишки, тонкой кишки и большого сальника. Грыжи оценивали по классификации EHS от 2009 года. Также на лечении были 33 пациента с паховыми грыжами: 7 – РМЗ слева и справа, 7 – РЛЗ слева, 10 – РМЗ справа, 1 – РЛЗ слева с пупочной грыжей, 4 – РЛЗ слева с варикоцеле, 2 – РМЗ слева и справа с пупочной грыжей, 1 – РЛЗ слева с кистой левого яичника и 1 РМЗ слева. Пациентов с пупочными и послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) было 18, из них 10 пупочных, у 4 с диастозом прямых мышц живота 1-2 ст., у 1 с ЖКБ. Диаметр грыжевого дефекта $4,0 \pm 1,2$ см. Пациентов с ПОВГ – 8, из них 2 – МЗВ1Р0, 2 – МЗВ2Р0, 1 – МЗВ2Р1, 1 – М1В1Р0, 1 – МЗВ2Р0, 1 – ЛВ1Р0 и киста левого яичника. Диаметр грыжевого дефекта $4,5 \pm 2,2$ см. У пациентов с диафрагмальными грыжами выполнены операции: фундопликация short-floppy

Nissen – 57, фундопликация по Toure – 6, передняя диафрагмокрурорафия, операция Геллера, фундопликация по Dor – 4, задняя диафрагмокрурорафия, фундопликация по Dor – 1, задняя и передняя диафрагмокрурорафия, пластика сетчатым имплантом Parietene 10x15 см, фундопликация short-floppy Nissen – 1, задняя и передняя диафрагмокрурорафия – 1, пластика дефекта диафрагмы местными тканями с укреплением сетчатым имплантом Parietene 10x15 см – 1, диафрагморрафия, пластика сетчатым имплантом Parietene 10x15 см – 1 пациент. У пациентов с паховыми грыжами использовали TAPP пластику с сетчатым имплантом Эсфил Стандарт (Линтекс, Россия) 10x15 см, у 4 пациентов с клипированием яичковой вены слева, у 1 – с пластикой местными тканями пупочной грыжи, у 1 пациентки с резекцией кисты яичника слева. У пациентов с пупочными грыжами, ПОВГ применяли интраперитонеальную пластику (IPOM) сетчатым имплантом Parietene 10x15 см (8 случаев) и Parietene D=12 см (8 случаев). Так же у 1 пациента использована E-MiLOS пластика сетчатым имплантом Эсфил Стандарт 30x30 см с устройством для однопортовой хирургии (SILS). Результаты и обсуждения. В группе пациентов с диафрагмальными грыжами длительность операции составила 97,7±29,0 мин, Койко-день 10,0±3,7 дня, дренирование брюшной полости у 52 пациентов в течение 1 суток. Осложнения по Clavien-Dindo: у 1 пациента I степень – малый гидроторакс, купирован консервативно, у 1 пациента IIIb степень – травма париетальной плевры во время отделения от нее плотно фиксированного грыжевого мешка, пневмоторакс, дренирование плевральной полости. У пациентов с паховыми грыжами длительность операции: 62,6±29,6 мин., к/дн: 8,4±1,7 дня, дренажи использовали у 17 пациентов в течение 1,0±0,7 сут. Осложнения: I степень – постоперационный орхит излечен консервативно. У пациентов с пупочными, ПОВГ длительность операции: 61,9±24,3 мин., кдн: 11,5±8,8 дней, дренажи у 3 пациентов в течение 1 суток. Осложнения: I степень – гематома послеоперационной раны, излечена консервативно, IIIb степень – серома IVb типа – санация раны и перевязки в течении 40 суток. Выводы. На сегодняшний день мы считаем, что вышли на уверенное плато обучения по эндоскопическому лечению ГПОД, паховых грыж. Однако, применение нами IPOM пластик будет ограничено, ввиду отсутствия различий в косметических и функциональных исходах, при выраженной большей дороговизне имплантов для

IPOM пластик, и, что самое главное, способности «неадгезивных» сеток вызывать спаечные процессы брюшной полости, приводящие к серьезным осложнениям.

122. Сравнительный анализ антеградного и комбинации антеградного и ретроградного методов лечения холангиолитиаза

Праздников Э.Н. (1), Шевченко В.П. (1),
Зинатулин Д.Р. (1, 2), Еремеев В.А. (1),
Умяров Р.Х. (1, 2), Хоптяр М.С. (1).

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И.Евдокимова
Минздрава России
- 2) ГБУЗ ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ

Актуальность Наиболее частое и тяжелое осложнение желчнокаменной болезни – холангиолитиаз, осложненный обтурационной желтухой, требующий экстренного хирургического вмешательства. «Золотым стандартом» лечения данных больных является ретроградный эндоскопический метод. Однако у части больных выполнение данного метода не представляется возможным. Данный факт требует развития новых мининвазивных методов разрешения холангиолитиаза, для избежания холедохолитомии. Частота осложнений, при данном методе лечения, на высоте желтухи достигает 35 %, а летальность – 15-27 %. Материалы и методы Проведен анализ лечения 50 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом с синдромом механической желтухи, которым невозможно выполнить эндоскопический ретроградный метод лечения. Все больные, были разделены на 2 клинические группы по методу пара-копий. Первая группа – больным выполнялся антеградный метод лечения холангиолитиаза, во вторую – больные оперированы комбинированным антеградным и ретроградным методом рандеву. Первую клиническую группу составили 25 больных в возрасте от 36 до 74 лет, средний возраст 64,2±8,2 лет, с длительностью желтухи на догоспитальном этапе составила от 1 до 12 суток, в среднем – 6,8,

уровнем билирубинемии 36,5 до 356,8 мкмоль/л, средний – $132,3 \pm 21,1$ мкмоль/л и размером конкремента от 5 до 22 мм. Вторую клиническую группу составили 25 больных в возрасте от 32 до 73 лет, средний возраст $65,8 \pm 11,0$ лет, с длительностью желтухи на догоспитальном этапе от 1 до 12 суток, в среднем – 7,0 суток, уровнем билирубина от 42,1 до 338,3 мкмоль/л, со средним уровнем – $142,3 \pm 22,9$ мкмоль/л и размером конкрементов от 5 мм до 20 мм. Результаты Средняя длительность операции в первой клинической группе составила $85,6 \pm 18,4$ мин, во второй – $64,8 \pm 17,3$ мин. Интраоперационная кровопотеря в первой группе и второй группе минимальная и статистически не учитывалась. Сроки пребывания в стационаре в послеоперационном периоде составили от в первой клинической группе $12 \pm 4,7$ суток, во второй – $12 \pm 3,9$ суток. В первой клинической группе частота осложнений – 12 %, во второй – 16 %. Летальных исходов не наблюдалось. Применение антеградной лазерной литотрипсии позволило добиться эффективности лечения холангиолитиаза у всех больных в обеих клинических группах. Средний расход контрастного препарата на одного больного (включая санационные вмешательства на желчных протоках) в первой клинической группе составил 250 мл $\pm$ 40 мл, во второй 370 мл $\pm$ 75 мл. Повторные санационные вмешательства в первой клинической группе потребовались 2 (8%) больным, во второй 8 (32%) больных. Заключение Проведенное исследование показало отсутствие необходимости перехода на ретроградный метод разрешения холангиолитиаза при наличии антеградного доступа и надлежащего аппаратного, инструментального и кадрового обеспечения антеградной литэкстракции ввиду того, что процент осложнений, сроки госпитализации и эффективность в первой и второй клинической группе сопоставимы. Однако во второй клинической группе отмечается больший процент больных потребовавших повторных вмешательств, выше расход контрастного препарата, так же возникает необходимость в применении дополнительного оборудования для выполнения ретроградного этапа операции что, в свою очередь, приводит к увеличению материальных затрат на лечение второй группы больных. Выбор антеградной методики лечения холангиолитиаза, осложненного обструктивной желтухой является экономически более обоснованным по сравнению с комбинированным антеградным и ретроградным методом лечения, при условии надлежащего аппаратного, инструментального и кадрового обеспечения

данного метода лечения. Метод является альтернативным миниинвазивным методом лечения больных с холангиолитиазом, осложненным обструктивной желтухой, которым выполнить «традиционные» вмешательства невозможно, либо сопряжено с высоким риском.

123. Концепция «Безопасной холецистэктомии»

*Кащенко В.А., Лодыгин А.В., Тондзе В.В.,
Ахметов А.Д., Назаренко А.А., Мицинская А.И.,
Мицинский М.А., Лукичев Р.И., Коптеев Н.Р.*

Санкт-Петербург

Клиническая больница № 122
им. Л.Г.Соколова, Санкт-Петербургский
государственный университет

Повсеместное внедрение эндохирургических технологий при желчнокаменной болезни существенно уменьшило травматичность оперативного доступа и агрессивность вмешательства в целом, но не уменьшило, а, возможно, даже увеличило вероятность интраоперационного повреждения магистральных желчных протоков. Отказ от рутинного выполнения интраоперационной холангиографии еще больше усугубил проблему повреждений, а также привел к увеличению доли больных с резидуальным холедохолитиазом. Целью работы: разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение риска осложнений при проведении лапароскопической холецистэктомии. На дооперационном этапе рутинное использование МРХПГ является неинвазивным и высокоэффективным подходом к визуализации состояния желчных протоков, включая оценку индивидуальной анатомии, скрининг холедохолитиаза и билиарных стриктур. Предоперационный просмотр изображений и виртуальное моделирование операции позволяет подготовить хирурга к проведению оперативного приема с учетом индивидуальных особенностей анатомии пациента. На интраоперационном этапе концепция «критической оценки безопасности» Critical View of Safety (CVS) представляет собой систему контроля, основанную на оценке и

регистрации трех ключевых элементов: - диссекция треугольника «пузырный проток – печеночный проток – печень»; - визуализация только двух трубчатых структур, идущих к желчному пузырю - мобилизация нижней части желчного пузыря и визуализация нижней 1/3 ложа желчного пузыря до пересечения любых трубчатых структур. При проведении фотофиксации необходимо представить передний (медиальный) и задний (латеральный) виды для оценки критериев CVS. В дальнейшем проводится ретроспективная балльная оценка выполнения критериев безопасности по трем критериям. В качестве метода интраоперационной навигации была предложена методика неинвазивного аналога интраоперационной холангиографии - флуоресцентной холангиографии с использованием индоцианина зеленого (ICG). Технология интраоперационной флуоресцентной холангиографии во время проведения лапароскопической холецистэктомии позволяет определить взаиморасположение элементов треугольника Calot до начала его диссекции. Дополнительные преимущества интраоперационной флуоресцентной навигации связаны с улучшением идентификации места впадения пузырного протока в магистральные протоки, профилактике оставления излишне длинной культи пузырного протока, контроле желчеистечения на всех этапах операции. Первый опыт внедрения концепции «безопасной холецистэктомии» свидетельствует о высокой эффективности подхода, проявляющейся в отсутствии повреждения магистральных желчных протоков, значимом снижении желчеистечений в послеоперационном периоде. Немаловажное значение имеет более комфортное психологическое состояние оперирующих хирургов, ощущающих большую надежность выполненной работы и юридическую защищенность своей деятельностью. Таким образом, корректная методология клинической оценки пациента, внедрение стандартов безопасности оперативного приема, а также использование современных технологий интраоперационной ICG-флуоресцентной навигации позволяет вывести лапароскопическую холецистэктомию на принципиально новый уровень безопасности.

124. Отдаленные результаты лапароскопической коррекции грыж пищевода и отверстия диафрагмы

Ковалёв С.А. (1,2), Хитарьян А.Г.,
Орехов А.А. (1,2), Алибеков А.З. (1,2),
Мизиев И.А. (3), Гурицкой Р.А. (1,2),
Воронова О.В. (1,2)

Ростов-на-Дону (1,2)
Нальчик (3)

- 1) ФГБОУ ВО "РостГМУ",
- 2) НУЗ "ДКБ на ст. Ростов-гл", 3) ФГБОУ "КБГУ"

Цель исследования. Клиническое изучение отдаленных результатов лапароскопической коррекции хиатальных грыж (до 25 лет). Материалы и методы: Проведено ретроспективное клинко-инструментальное обследование (включающие оценку жалоб, рентгеноскопию кардии, фиброэзофагогастродуоденоскопию, рН-метрию, эзофагоманометрию) 397 пациентов в возрасте от 28 до 67 лет, в сроки от 6 месяцев до 25 лет после лапароскопических вмешательств по поводу различных форм хиатальных грыж: у 86 (21,6%) – эзофагальные аксиальные грыжи, у 189 (47,6%) – кардиальные, у 122 (30,7%) – кардиофундальные. Изначально для достоверности оценки из группы обследуемых были исключены те пациенты, у которых результаты лечения могли быть связаны с сопутствующей патологией (спаячная болезнь, правосторонний нефроптоз, хронический колит, хроническим гепатитом, панкреатитом, и т.д.). У 61.1% пациентов хиатальные грыжи сочетались с калькулезным холециститом, у 41.5% с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у 23.5% с сочетанием калькулезного холецистита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 28.1% больного был пептический эзофагит. Из них в 86% была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену-Розетти (или Ниссену), которая при размерах грыжевых ворот 4,5 см и более в 62% дополнялась пластикой проленовой сеткой, у 12% с малыми грыжами – лапароскопическая фундопликация в соответствии с оригинальным способом лечения грыж пищевода и отверстия диафрагмы (Патент №2200475 от 07.02.2000), у 2% - Тупе, 8.8% диафрагмокрурорафия и диафрагмофундопексия, всем пациентам с калькулезным холециститом одномоментно выполнена холецистэктомия, 14.6% больным длительно страдающим язвенной

болезнью двенадцатиперстной кишки выполнена селективная проксимальная ваготомия. Распределение пациентов происходило по полу, возрасту, клиническим проявлениям, видам проведенного оперативного вмешательства, срокам послеоперационного обследования. Отдаленные результаты лечения: для сравнения результатов до и после операции анализ проводился по шкале «Способ выбора метода лечения халазии кардии при ГПОД» (В.Н. Чернов, А.Г. Хитарьян, 2000 г.), предусматривающий бальную оценку по следующим параметрам: форма ГПОД, оценка выраженности рефлюкс-эзофагита по данным эндоскопического и рентгенологического обследования, выраженность симптомов гастроэзофагального рефлюкса, исследование тонуса пищеводного сфинктера, так как в большей степени отдаленные результаты лечения зависели не от величины ГПОД, а от выраженности клинических проявлений ГПОД и характера проведенной операции. При обследовании больных симптомы гастроэзофагального рефлюкса и болевой синдром были выявлены у 12,4% пациентов, гастроэзофагальный рефлюкс, по данным рН-метрии, был подтвержден у 17,4% больных, пептический эзофагит был выявлен в 6,3% случаев, рецидив грыжи был диагностирован у 2,1% пациентов, были оперированы по методу Тупе. Отдаленные результаты лечения были расценены как хорошие у 76,6% больных, у 16,5% - как удовлетворительные, у 6,9% - как неудовлетворительные. Выводы. Использование лапароскопической техники в хирургическом лечении ГПОД позволяет получить высокий процент отличных, хороших и удовлетворительных непосредственных результатов в 91,6% и отдаленные сроки наблюдения – в 86,7%. Активная хирургическая тактика показана не только при выраженных ГПОД, но и при сочетании небольших размеров ГПОД без выраженного болевого синдрома и гастроэзофагального рефлюкса при наличии выраженного гастродуоденита, протекающего с частыми обострениями, имеющимися явлениями дискинезии желчевыводящих путей, дивертикулеза различных отделов ЖКТ, язвенной болезни 12-перстной кишки, так как наличие ГПОД приводит к плохо поддающемуся консервативной терапии, прогрессирующему течению заболеваний.

125. Оценка результатов использования модифицированной FiLaC технологии при лечении транс- и экстрасфинктерных параректальных свищей в сроки до 5 лет

*Хитарьян А.Г. (1,2), Ковалёв С.А. (1,2),
Кислов В.А. (1), Ромодан Н.А. (2),
Алибеков А.З. (1,2), Орехов А.А. (1,2),
Усман Абдаллах (1)*

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО «РостГМУ»,
- 2) НУЗ "ДКБ на ст. Ростов-гл"

Методика FiLaC является перспективным молодым направлением в развитии минимально инвазивной хирургии анальных свищей (Fistula Laser Closure), в данном исследовании мы использовали её в комбинированном лечении осложнённых трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Цель исследования. Проведение сравнительного ретроспективного и проспективного когортного исследования ближайших и отдалённых результатов (до 3 лет) лечения осложнённых трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей с использованием модифицированной FiLaC технологии и стандартной фистулэктомии с иссечением внутреннего отверстия свища в просвет анального канала. Материалы и методы. В исследование включено 123 пациента с осложненными трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами. Пациенты были разделены на две группы. В основной группе (n=60) для лечения свищей использовали модифицированную технологию FiLaC, предусматривающую вскрытие гнойных затёков и лазерную коагуляцию (FiLaC) интрасфинктерной части свища лазером Biolitec, мощностью 12 Вт, 100 Дж/см, в контрольной группе (n=63) применяли стандартную фистулэктомию. Результаты. В основной группе по сравнению с контрольной быстрее наступало заживление свищей ($7,3 \pm 0,5$ нед. против $12,6 \pm 0,7$ нед.). Показатели сфинктеротометрии в отдаленный период у больных основной группы восстанавливались по отношению к исходным, а в контрольной группе были снижены по сравнению с исходными величинами. В основной группе среднее значение баллов по шкале анального недержания Векснера составило: до операции -- $5,2 \pm 0,5$ и после операции $5,3 \pm 0,6$ баллов. В контрольной группе среднее значение по шкале Векснера соответствовало: до --

5,4±0,4; после – 8,9±0,4 баллов, таким образом, через 6 месяцев после операции баллы по шкале Векснера в целом по основной группе были достоверно ниже ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой. Результаты лечения у пациентов двух групп были отслежены в течение 6-48 мес. после операции (медиана 16 мес.). Рецидив ректального свища в основной группе после операции наблюдался в 17,5%, а в контрольной группе – в 37,2% ($p<0,05$). Выводы. Использование модифицированной FiLaC технологии при лечении трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки позволило минимизировать после-операционные осложнения, полностью сохранить функцию анального держания, добиться заживления свищей в 82,5% случаях в сроках наблюдения до 3 лет (при медиане наблюдения 16 месяцев).

126.Миниинвазивные вмешательства в лечении холангиогенных абсцессов печени

Осипов А.В.(1,2), Демко А.Е.(1,2), Суров Д.А. (1,2),
Святненко А.В. (1,2), Батыршин И.М.(1)

Санкт-Петербург

1. СПб ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
- 2.ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ

Актуальность. По данным различных авторов, заболеваемость холангиогенными абсцессами печени составляет от 2,8 до 24 случаев на 100000 населения в год. Не смотря на развитие современных хирургических технологий, летальность от указанной патологии может достигать 4-20%. Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с холангиогенными абсцессами печени. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 39 пациентов с холангиогенными абсцессами печени, госпитализированных в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2013 по 2019 гг. Женщин было 22 (56,4%), мужчин 17 (44,6%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 73 лет

(средний составил 57,6±14,6 лет). В большинстве случаев – 33 (84,6%) абсцессы были единичными. Основной причиной являлся внутривеночный и внепеченочный холедохолитиаз (79,5%). Также встречалось рассматриваемое заболевание у пациентов с рубцовыми стриктурами (10,2%) и ранее сформированными билиодигестивными анастомозами (10,3%). Лечение больных было многоэтапным и основано на применении миниинвазивных хирургических технологий: чрескожного дренирования полости абсцессов и эндоскопических или лапароскопических операций по ликвидации причины заболевания. Все пациенты подвергались комплексной антибактериальной, иммуномодулирующей, инфузионной терапии. Полученные результаты. Первично производили дренирование полости абсцесса под УЗ-навигацией с проведением бактериологического анализа отделяемого и выполнением контрастных исследований. При анализе возбудителей, преобладали моноинфекции *E. Coli* (53,8%), *Clebsiella pneumoniae* (35,9%), также встречались комбинированные инфекции у больных, имевших контакт с системой здравоохранения (10,3%). В 100 % случаев при выполнении трансдренажной фистулографии были выявлены связи с желчевыводящими путями. На втором этапе лечения производилась коррекция причин билиарной гипертензии. Выполнено 34 (87,2%) эндоскопических папиллосфинктеротомий, литокстракций. В 4 (10,3%) случаях произведено эндоскопическое стентирование общего желчного протока. В 1 случае в связи с неэффективностью ЭПСТ произведена лапароскопическая холедохотомия, литоэкстракция. Длительность антибактериальной терапии составил 6±4,3 дня. Осложнения развились у 7(17,%) больных, однако у 5 из них I- II степени (Clavien-Dindo, 2004). В 2 (5,1%) случаях потребовались повторные (в том числе 1 открытое) вмешательства в связи с неэффективностью санации полости абсцесса. В наблюдаемой группе больных летальных исходов не наблюдалось. Выводы и рекомендации. Холангиогенные абсцессы печени остаются актуальной проблемой неотложной хирургии. Применение сочетания миниинвазивных методик дренирования полости абсцесса и купирования причины билиарной гипертензии является оптимальным для лечения пациентов с рассматриваемой патологией.

127.Миниинвазивное портосистемное шунтирование (операция TIPS/ТИПС) - ключевое звено стратегии лечения варикозных пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии

*Хоронько Ю.В., Сапронова Н.Г., Косовцев Е.В.,
Девликанова Е.Э.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный
медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение (ВПЖК) является жизнеугрожающим осложнением портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП). Остановить геморрагию подобного рода очень сложно, что и обуславливает на этапе проведения медикаментозно-компрессионного гемостаза (МКГ) высокую летальность, достигающую 50% и более. Эндоскопические мероприятия (лигирование или склерозирование) позволяют добиться устойчивого прекращения кровотечения, но не предотвращают его рецидива из-за сохраняющейся ПГ. Лишь портосистемное шунтирующее хирургическое пособие обеспечивает эффективную портальную декомпрессию. В данном контексте наибольший интерес представляет миниинвазивный её вариант, а именно, операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС). Материал и методы. Хирургическая клиника РостГМУ располагает опытом лечения 520 больных с ВПЖК, возникшем на фоне ПГ, обусловленной ЦП. У большинства пациентов пищеводно-желудочная варикозная трансформация и ВПЖК сочетались со спленоомегалией, гиперспленизмом, а также асцитом. Выраженность печеночной недостаточности у 95% соответствовала классам В и С по Чайлд-Пью. Следует заметить, что 192 пациента (в период 2010-18 гг.) после успешного МКГ подверглись эндоскопическому лигированию пищеводных вариксов, 170 больных (2007-18 гг.) – операции TIPS/ТИПС, при этом у 131 из них шунтирующее вмешательство было дополнено селективной эмболизацией левой и/или задней желудочных вен (ЛЖВ/ЗЖВ). У 70 пациентов эндолигирование и операция TIPS/ТИПС выполнены с интервалом, в среднем, $27,4 \pm 4,6$ дней. Пациенты распределены в 3 клинические группы, соответствующие последовательным этапам

осуществления гемостатических мероприятий. Исследованию подвергли показатели госпитальной, 6-недельной и годичной летальности, частоту рецидивов геморрагии, а также проанализировали осложнения вмешательств. Результаты и обсуждение. В клинической группе применения одних лишь только мер МКГ госпитальная летальность составила 46,0%, рецидив ВПЖК в течение года отмечен у 82%, годичная выживаемость - 26%. В группе последовательного применения мер МКГ+эндолигирование+TIPS/ТИПС 6-недельная летальность составила 1,4% (умер 1 пациент при явлениях гепаторенального синдрома 1 типа). У 2 больных (2,9%) в течение года имел место рецидив геморрагии, произошедший на фоне прогрессирования пищеводно-желудочного варикоза, отмеченного, в свою очередь, у 9 (12,9%) больных. Годичная летальность - 7,1% (прогрессирование ЦП и печеночной недостаточности). Среди осложнений операции TIPS/ТИПС чаще других отмечена постшунтовая энцефалопатия, которая в первые 3 года освоения методики и проведения рутинных мер профилактики развилась у 28,5% оперированных, а после разработки и применения целенаправленных мероприятий диетического и медикаментозного характера снизилась до 13,5%. Дисфункция портосистемного шунта в течение первого года развилась у 15,7% больных, при этом по мере накопления клинического опыта и в результате применения стентов с ПТФЭ-покрытием данное осложнение стало встречаться значительно реже. Выводы: 1. Операция TIPS/ТИПС является ключевым звеном последовательных лечебных мероприятий при ВПЖК, так как обеспечивает эффективную портальную декомпрессию. 2. Благодаря миниинвазивному характеру операция TIPS/ТИПС переносима пациентами с продвинутыми стадиями ЦП, каковых большинство среди поступающих с пищеводно-желудочными геморрагиями. 3. Шунтирующий этап операции TIPS/ТИПС целесообразно дополнять селективной эмболизацией ЛЖВ/ЗЖВ, повышающей эффективность пособия даже в случае возникновения дисфункции созданного шунта.

128. Опыт внедрения технологии ускоренной реабилитации (FAST-Track surgery) в экстренной хирургии

Попов П.В., Гугнин Д.С., Мосилян О.В.,
Брицкая Н.Н., Десяткин В.Б., Ралка Б.В.,
Богомолов Р.А.

Сочи

Краевая больница № 4

Актуальность. В настоящее время по данным многих исследователей использование протоколов ускоренной реабилитации и восстановления (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS или Fast-track surgery) показало свою эффективность у плановых больных хирургического профиля. Применение данной технологии позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре. Однако немногочисленное количество исследований посвящено использованию технологии ускоренной реабилитации у больных с острой хирургической патологией. В связи с этим изучение перспектив внедрения концепции укоренной реабилитации в экстренной хирургии является актуальной. Цель настоящего исследования: оценить эффективность использования технологии ускоренной реабилитации FAST-Track surgery в лечении больных с острой хирургической патологией. Материалы и методы исследования. Проведен анализ хирургического лечения 324 больных с острой хирургической патологией, находившихся на стационарном лечении в Краевой больнице № 4 г. Сочи за период январь 2016- декабрь 2018 гг. Всем пациентам были произведены экстренные лапароскопические вмешательства. Все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа - 186 больных, которым лечение проводилось с использованием внедренного в клинику усовершенствованного FAST-Track surgery протокола и контрольная (ретроспективная- до внедрения в клинику концепции ускоренного восстановления и реабилитации) группа из 138 пациентов, которым проводилось традиционное лечение без использования данного протокола. Внедренная нами концепция ускоренного восстановления и реабилитации включает следующие основные аспекты: мультимодальная анестезия, отказ от премедикации опиоидными анальгетиками, периоперационная нутритивная

поддержка согласно разработанного протокола, применение лапароскопических мининвазивных технологий, ранняя или немедленная экстубация после оперативного вмешательства, лимитированная установка дренажей в брюшную полость и максимально раннее удаление их (отказ от рутинной установки дренажей), рестриктивный характер послеоперационной инфузионной терапии, отказ от назогастрального зонда и напрасных гемотрансфузий, ранняя активизация и вертикализация пациентов. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и видам оперативного вмешательства у больных. Среди нозологических форм преобладали пациенты с острым калькулезным холециститом - 98 (53%) больных основной группы и 65 (47%) пациентов контрольной группы и острым аппендицитом - 69 (37%) больных и 56 (41%) пациентов соответственно. Больные с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, которым было произведено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, составили 8 (4,3%) пациентов основной группы и 7 (5,1%) больных контрольной группы. 5 (2,7%) пациентам в группе с применением протокола FAST-Track surgery и 6 (4,3%) больных в группе без использования данного протокола с острой спаечной кишечной непроходимостью был выполнен лапароскопический висцеролиз и устранение острой спаечной кишечной непроходимости. 4 (2,2%) больным основной группы и 3 (2,2%) пациентам контрольной группы была произведена лапароскопическая пластика ущемленной паховой грыжи. Лапароскопическая пластика ущемленной бедренной грыжи была выполнена у 2 (1,1%) больных в группе с применением протокола FAST-Track surgery и 1 (0,7%) пациента в группе без использования данного протокола. Результаты. Анализ осложнений по степени тяжести, проведенный используя классификацию Clavien-Dindo, показал достоверное снижение частоты осложнений III-IV степени в основной группе в 1,65 раза по сравнению с контрольной группой. Причем в группе без использования FAST-Track surgery протокола отмечалось большее количество осложнений IV степени, таких как пневмония, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность. Летальных исходов не было. Внедрение модифицированного ERAS протокола ускоренной реабилитации привело к снижению длительности госпитализации на 2,5 дня у больных с острой хирургической патологией. Частота повторных госпитализаций при использовании протокола FAST-Track surgery составил 1,8%, без применения данного протокола -

3,6%. Выводы. Таким образом, использование концепции укоренной реабилитации в экстренной хирургии приводит к улучшению непосредственных результатов лечения больных с острой хирургической патологией и ускорению сроков реабилитации данной категории больных. Целесообразно продолжать дальнейшие исследования с целью анализа работы мультидисциплинарных команд по внедрению технологии ускоренной реабилитации в экстренную хирургию.

129. Роль лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки в профилактике инфицирования панкреонекроза

*Белик Б.М. (1), Тенчури Р.Ш. (1, 2),
Дадаян А.Р. (2), Абдурагимов З.А. (1, 2),
Мареев Д.В. (2), Чиркин Г.М. (1),
Родаков А.В. (1), Осканиян М.А.*

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
- 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. В настоящее время острый деструктивный панкреатит (ОДП) занимает одну из лидирующих позиций в структуре летальности при ургентной абдоминальной хирургической патологии. Наиболее высокая летальность наблюдается при инфицированном панкреонекрозе (ПН), которая при распространенных гнойных осложнениях достигает 70-80% и более. Основной причиной летальных исходов являются панкреатогенный сепсис и полиорганная дисфункция вследствие массивного поражения и инфицирования забрюшинной клетчатки (ЗБК). При этом первичным повреждающим фактором по отношению к ЗБК является ферментативный экссудат, который обуславливает развитие ретроперитонеонекроза. В связи с этим представляется важным совершенствование способов лапароскопической декомпрессии ЗБК с целью уменьшения объема ее поражения в ранней фазе заболевания. Цель исследования: улучшение

результатов лечения пациентов ОДП путем выполнения ранних санационно-декомпрессионных вмешательств на ЗБК. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 147 больных ОДП, поступивших в клинику в течение 1-4 суток от начала заболевания. Возраст больных варьировал от 22 до 78 лет. У всех пациентов был диагностирован ферментативный перитонит, в связи с чем им в качестве первичного хирургического вмешательства осуществлялась видеолапароскопическая санация (ВЛС) брюшной полости. У 5 (3,4%) пациентов в связи с сопутствующим деструктивным холециститом дополнительно выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. Все пациенты ОДП, которым выполнялась ВЛС брюшной полости, были разделены на две группы. I группу (группа сравнения) составили 73 пациента, у которых при ВЛС брюшной полости не выполняли (или выполняли в недостаточном объеме) декомпрессию ЗБК. Во II (основную) группу были включены 74 пациента, которым в ходе лапароскопического вмешательства выполняли полноценную декомпрессию ЗБК по разработанному нами способу (патент РФ на изобретение № 2674242 от 05.12. 2018 г.). При выполнении лапароскопии в зоне выбухания и инфильтрации ЗБК за восходящей и за нисходящей ободочной кишкой в шахматном порядке производили несколько разрезов длиной по 5-7 см заднего листка париетальной брюшины на всю ее толщину. При необходимости рассекали коагулятором левую ободочно-диафрагмальную и печеночно-ободочную связки. С целью полноценной декомпрессии пораженной ЗБК каждый продольный разрез заднего листка париетальной брюшины дополнительно расширяли путем его рассечения в поперечном направлении в 2-3 местах в обе стороны под углом 45-60° в виде «веточки дерева» или «трилистника». Кроме того, в области рассеченных переходных складок углов ободочной кишки с помощью диссектора дополнительно формировали в ЗБК широкие дренажные каналы протяженностью 7-8 см позади селезеночного изгиба ободочной кишки в сторону хвоста поджелудочной железы слева и позади печеночного изгиба ободочной кишки справа. Обе группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, этиологическим формам ОДП, распространенности процесса на поджелудочную железу и ЗБК, а также степени тяжести заболевания на момент госпитализации (16,8±1,2 баллов по шкале APACHE II в I группе больных и соответственно 17,1±1,2 баллов во II группе). Сопоставлены результаты

лечения в обеих группах больных. Результаты и обсуждение. В I группе из 73 пациентов ОДП, оперированных в первой фазе заболевания, у 32 (43,8%) в последующем отмечалось инфицирование изначально асептических очагов панкреатогенной деструкции. У всех данных больных в дальнейшем возникла необходимость в проведении saniрующих оперативных вмешательств открытого типа (лапаротомии и/или лумботомии). Во II группе из 74 больных у 51 (68,9%) отмечалось благоприятное течение заболевания (быстрый регресс панкреатогенного инфильтрата без возникновения или с возникновением острого жидкостного скопления). Из их числа у 36 пациентов ВЛС брюшной полости явилась окончательной операцией. У 15 пациентов через 7-10 суток после выполнения ВЛС дополнительно производились малоинвазивные санационно-декомпрессионные вмешательства (у 8 – чрескожные пункционно-дренирующие операции под лучевым наведением и у 7 – мини-лапаротомия с использованием набора инструментов «Мини-ассистент»). У 23 (31,1%) пациентов II группы после выполнения ВЛС брюшной полости не удалось избежать инфицирования ПН. При этом лишь в 2 случаях отмечалось образование обширной забрюшинной панкреатогенной флегмоны, что потребовало выполнения традиционного хирургического вмешательства открытого типа. У остальных пациентов формировались отграниченные формы инфицированного ПН. Из их числа у 12 пациентов при санации гнойно-некротических очагов использовали малоинвазивные хирургические вмешательства (пункционно-дренирующие операции под лучевым контролем, видеоассистированные санации через миниретроперитонеостому) и у 9 больных проведено комбинированное хирургическое лечение (сочетание малоинвазивных методик и открытых операций). Уменьшение в основной группе больных частоты инфицирования ПН и его распространенности в ЗБК, а также уменьшение числа saniрующих вмешательств открытого типа обусловили значительное снижение уровня летальности (с 34,2% до 18,9%) по сравнению с группой сравнения. Выводы. Выполнение полноценной лапароскопической декомпрессии ЗБК у больных тяжелым ОДП на раннем этапе лечения способствует уменьшению зоны ретроперитонеонекроза и частоты его инфицирования. Это позволяет при хирургическом лечении данной категории больных во многих случаях отказаться от использования традиционных saniрующих операций открытого типа в пользу

применения малоинвазивных технологий, что существенно улучшает результаты лечения.

130. Коагулопатия при остром холангите

Осипов А.В.(1,2), Демко А.Е.(1,2), Суров Д.А.(1,2),
Святненко А.В.(1,2)

Санкт-Петербург

1.СПБ ГУ НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе

2.ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия
им. С. М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Согласно современным данным медицинской литературы, существуют различные мнения относительно выраженности коагуляционных нарушений при остром холангите. Встречаются публикации, свидетельствующие о том, что патологии свертывающей системы крови являются ведущим механизмом развития ранних послеоперационных осложнений у больных острым холангитом. Не существует единого подхода к коррекции гемостаза при рассматриваемой патологии. Цель исследования: изучение изменений показателей гемостаза у пациентов с острым холангитом, определение оптимального метода оценки свертывающей системы крови. Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 321 пациента с острым холангитом, поступивших в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2013 по 2018 гг. Больные были стратифицированы по степени тяжести холангита согласно рекомендациям Токийских протоколов 2013 г. Больных с легким холангитом было 97 (30,3%), средней степени тяжести – 146 (45,5%), тяжелым – 78 (24,2%). Средний возраст пациентов составил 64,4±16,1 (18-86) лет. В качестве показателей коагулограммы использовали: протромбиновый индекс, активированное частичное тромбиновое время, международное нормализованное отношение, концентрацию фибриногена, количество тромбоцитов, а также исследовали показатели тромбоэластографии (время начала реакции, время формирования сгустка, угол альфа,

максимальная амплитуда сгустка, индекс лизиса сгустка). Результаты. Вопреки распространенному мнению, мы не выявили значимых нарушений свертывающей системы крови у больных с острым холангитом легкой степени. Отклонения в коагулограмме и тромбоэластограмме в группе пациентов со средне-тяжелым течением заболевания носили несистемный характер и статистически не отличались от референтных показателей. Только у больных с тяжелым холангитом удалось выявить значительную коагулопатию по данным коагулограммы при поступлении и на протяжении $5,6 \pm 2,3$ суток после декомпрессивного вмешательства. В то время как у этой же группы больных показатели тромбоэластограммы достоверно отличались от референтных значений при поступлении и менялись в сторону нормализации при трансфузии препаратов плазмы крови. Длительность нарушений по данным тромбоэластографии составляла $1,8 \pm 1,6$ суток после неотложной декомпрессии. Ретроспективно анализируя результаты лечения пациентов указанной группы, обращает на себя внимание, что геморрагические осложнения встречались только в 3 (3,8%) случаев. Выводы. Выраженные нарушения свертываемости крови встречаются только в группе пациентов с острым холангитом тяжелой степени. Метод тромбоэластографии является наиболее надежным и динамичным способом оценки коагуляционного статуса пациентов с острым холангитом.

131.Эндоскопическое бужирование доброкачественных стенозов пищевода

*Столяров С.И., Добров А.В., Лепешкин А.П.,
Рыжков Р.В., Можайкина О.Ю.*

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Количество пациентов с доброкачественными сужениями пищевода не уменьшается и лечение рубцовых стриктур пищевода до настоящего времени остается одним из сложных проблем хирургии органов

пищеварения. Цель исследования: Провести ретроспективный анализ результатов эндоскопического бужирования пищевода в условиях хирургического торакального отделения. Материал и методы. За период с 2008 по 2017 г. бужирование пищевода с применением эндоскопии проведено у 331 пациента с доброкачественными рубцовыми сужениями пищевода. Возраст больных от 18 до 94 лет. Средний возраст составил $54,7 \pm 0,7$ года (Ме 56, Мо 55). Мужчин было 176 (53,2%), женщин – 155 (46,8%). У 268 (81%) имелись послеожоговые рубцовые сужения, у 44 (13,3%) – пептические стриктуры, у 19 (5,7%) – стриктуры другой этиологии. С целью уточнения степени сужения, его уровня и протяженности всем пациентам при поступлении выполнялись рентгеноконтрастное исследование пищевода и фиброэзофагогастродуоденоскопия. По данным исследования стеноз I степени установлен у 35 (10,6%), стеноз II степени диагностирован у 88 (26,6%), III степени – у 186 (56,2%), IV степени – у 22 (6,6%). Короткие стриктуры (до 3 см) диагностированы у 247 (74,6%), протяженные (более 3 см) у 84 (25,4%). Эндоскопическое бужирование проводилось следующим образом. С целью премедикации использовались холинолитики и ненаркотические анальгетики. Проводилась фиброэзофагоскопия, под контролем фиброэзофагоскопа металлическая струна с пружинным проводником проводилась через суженный участок пищевода в просвет желудка. Затем на струну насаживался полый эластический буж типа Savary-Gillard, который плавно проталкивался через суженный участок. Металлическая струна предотвращала отклонение бужа в сторону, и таким образом, уменьшала вероятность прободения стенки пищевода. В ходе бужирования последовательно использовались 2-3 бужа возрастающего диаметра. Кратность бужирования одному пациенту за курс лечения от 2 до 10. 331 пациенту проведено 968 бужирований (в среднем 3 бужирования одному пациенту). Результаты и обсуждения. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 316, ввиду протяженности стриктуры у 15 восстановить проходимость пищевода при бужировании не удалось. Для энтерального питания им выполнена гастростомия. Частые рестенозы отмечались у 29 пациентов, в последующем им выполнены реконструктивно-пластические операции. Перфорационные осложнения наблюдались у 5 (1,5%) из 331 пациента. Перфорации пищевода – у 3, передней стенки желудка у 2. Все пациенты своевременно были прооперированы, летальных

исходов не было. Выводы. Таким образом, бужирование полыми эластическими бужами по направляющей струне под эндоскопическим контролем является эффективным методом лечения пациентов с доброкачественными стенозами пищевода. При положительном эффекте первого курса эндоскопического бужирования пациентам желательно проводить длительное поддерживающее эндоскопическое лечение (бужирование) в течение 3-12 месяцев для профилактики рестеноза. Учитывая имеющийся риск возникновения осложнений (перфорация, кровотечение) бужирования доброкачественных стенозов пищевода должны выполняться в стационарах, имеющих опыт выполнения оперативных вмешательств на пищеводе. При неэффективности бужирования с применением эндоскопической техники, невозможности проведения бужирования, у пациентов с тенденцией быстрого развития рестеноза необходимо решать вопрос в пользу проведения реконструктивно-пластических вмешательств на пищеводе.

132. Лапароскопические технологии в лечении перфоративных язв пилоробульбарной зоны

Праздников Э.Н. (1), Фурсов С.А. (1, 2), Баранов Г.А. (1, 2), Шевченко В.П. (1, 2), Овчаров С.Э. (1), Умяров Р.Х. (1, 2), Макаров Н.В. (1), Лазука П.А. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И.Евдокимова
Минздрава России 2) ГБУЗ ГКБ им братьев
Бахрушиных ДЗМ

133. Новая схема коррекции синдрома эндогенной интоксикации в экстренной хирургии

Власов А.П., Болотских В.А., Маркин О.В.,
Глушков В.М., Худайберенова Г.Д., Глухова И.В.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Острый перитонит по-прежнему занимает ведущее место среди urgentных заболеваний органов брюшной полости. Известно, что основным триггерным механизмом развития полиорганной недостаточности – причины смерти больных перитонитом – является эндогенная интоксикация. В этой связи концепция лечения этой тяжелой патологии должна базироваться не только на основе выраженности воспалительного процесса в животе, но и степени эндоинтоксикации. Важнейшим итогом приложения токсических продуктов является депрессия механизмов естественной детоксикации, итогом чего может быть быстрый срыв их функциональной способности, и, как следствие, прогрессирование синдрома эндогенной интоксикации, что, безусловно, существенно осложняет лечение. К настоящему времени предложено множество патогенетических схем комбинированной терапии, направленных на коррекцию расстройств гомеостаза, в том числе и на купирование эндогенной интоксикации. В своей работе акцент исследований пал на использование с этой целью лазерной и метаболической терапии. Материал и методы. Работа базируется на клинко-лабораторных данных 34 больных острым перитонитом различной этиологии, которым в раннем послеоперационном периоде наряду с традиционным лечением (I группа) проведена и комбинированная терапия (II группа). Больные оперированы. Объем операции определялся характером urgentной патологии. Пациентам второй клинической группы в течение 5 суток раннего послеоперационного периода ежедневно проводили сеансы лазеротерапии. Применяли аппарат «Матрикс», используя головку КЛОЗ (излучение с длиной волны 635 нм, мощностью 2 мВт). В течение 15 мин выполняли транскутанное облучение крови в проекции кубитальной вены. Им же в течение 5 суток выполняли внутривенные ежедневные вливания ремаксоло 400,0 мл. Производили оценку эндогенной интоксикации, микроциркуляции с помощью аппарата ЛАКК – 02

(Россия), состояние системы гемостаза используя тромбоэластограф TEG® 5000 Thrombelastograph® (USA) и лабораторные тесты Результаты. Оценку степени тяжести больных острым перитонитом производили с помощью Мангеймского перитонеального индекса. Сумма баллов первой группы составила $26,2 \pm 2,1$, второй – $27,4 \pm 2,8$, что, согласно принятым данным, относится к среднетяжелому перитониту. У больных острым перитонитом в раннем послеоперационном периоде на фоне стандартной терапии выявлено значительное увеличение в плазме крови токсических продуктов гидрофильной (на $39,4-122,7\%$, $p < 0,05$) и гидрофобной (на $42,2-98,7\%$, $p < 0,05$) природы. Отмечены существенные нарушения микроциркуляции (на $17,4-57,3\%$, $p < 0,05$), изменения состояния коагуляционно-литической системы (гиперкоагулемия, угнетение фибринолиза). При комбинированном лечении с включением лазерной и метаболической терапии отмечена положительная динамика клинико-лабораторных показателей. В основе терапевтического его эффекта лежала способность улучшать микроциркуляцию, корректировать состояние системы гемостаза, что существенно уменьшало выраженность воспалительного процесса брюшной полости и восстанавливало детоксикационную способность организма (судя по коррекции функционального статуса печени). Итогом явилось достоверное снижение выраженности интоксикационного процесса (на $13,7-24,8\%$, $p < 0,05$).

134.АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Винокуров М.М.(1), Савельев В.В.(1),
Игнатьев В.П.(2), Парфенова А.В.(1),
Винокуров М.А.(2)*

Якутск

- 1) - Северо-Восточный федеральный университет
им. М.К. Аммосова
- 2) - Республиканская больница №2-Центр
экстренной медицинской помощи

135.Непосредственные и отдалённые результаты оперативного лечения хронического геморроя

*Дизенгоф И.М. (1), Меликсетян Л.В. (1),
Болдин Б.В. (2), Киселёва Д.О. (1),
Сомов Н.О. (2), Заров А.Ю. (1)*

Москва

- 1) АНО ЦКБ Святителя Алексия
Митрополита Московского
- 2) РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Актуальность: хронический геморрой – наиболее распространённое проктологическое заболевание (около 40%), операции по поводу геморроя самые частые в общей проктологии. Цель исследования: оценить результаты оперативного лечения хронического геморроя за период 2015-2018 гг, выявить ранние и поздние осложнения, улучшить результаты лечения хронического геморроя и уменьшить число осложнений на основании проведённого анализа, сравнить полученные данные с результатами ведущих колопроктологических клиник. Материал и методы: в период 2015-2018 гг в стационаре АНО ЦКБ Святителя Алексия по поводу хронического геморроя оперировано 396 пациентов с III-IV степенями заболевания. Из исследования исключены пациенты с ректоцеле, которым выполнялась операция Лонго. Женщин было 284 (71,8%), мужчин 112 (28,2%). У всех пациентов длительный анамнез заболевания, основная

жалоба – кровотечение. Амбулаторное обследование, обязательно включавшее колоноскопию, проводилось в КДЦ больницы, там же пациенты наблюдались после выписки. Подготовка к операции осуществлялась приёмом солевых слабительных. Госпитализация за сутки до операции или рано утром в день операции. Методики операций: операция Миллигана-Моргана в модификации НИИ проктологии-II -1 (0,25%), закрытая бесшовная геморроидэктомия – 395 (99,75%). Последняя операция выполнялась аппаратом Ligasure (211 (53,2%)), или ультразвуковым скальпелем Harmonic (184 (46,4%)). В 21 % случаев геморроидэктомия дополнялась склерозированием (Этоксисклерол 10-30 мг/мл), в 13% случаев – дезартеризацией. Анестезия спинномозговая. В части случаев проводится дополнительная местная анестезия наропином 0,1%, а после операции местно вводится дипроспан 1 мл. Послеоперационный период в среднем составил 2,5 суток (от 1 до 5). Ранние осложнения: кровотечение -1 (0,25%), потребовало повторного вмешательства, задержка мочи – 94 (23,7%), болевой синдром, не купируемый НПВС – 32 (8%). Поздние осложнения – стриктура анального канала -3 (0,75%), вылечены консервативными мероприятиями. Длительно незаживающие раны выявлены у 3 пациентов (0,75%). Срок наблюдения 1-3 г. Недостаточность анального сфинктера не выявлена ни у одного больного. При этом задержку мочи и болевой синдром мы склонны считать особенностями послеоперационного периода в данной группе пациентов. Обсуждение: частота осложнений ниже, чем в статистике, опубликованной ГНЦК им. А.Н.Рыжих, где недостаточность анального сфинктера отмечена в 1,8-4%, стриктура анального канала – 8%, кровотечение 2-10%. Выводы и рекомендации: низкую частоту осложнений мы объясняем тем, что практически все операции проводятся современными высокоэнергетическими аппаратами, при этом продолжительность вмешательства редко превышает 15 минут; термическое повреждение и операционная травма минимальны; раны имеют правильную форму лепестка; операции выполняются одной бригадой колопроктологов. Современные методики в нашей практике совершенно вытеснили традиционную геморроидэктомию. Считаем, что на данном этапе развития медицины традиционные вмешательства должны выполняться в исключительных случаях.

136.Способы профилактики повреждений сердца и перикарда при лапароскопической пластике пищевода отверстия диафрагмы с использованием сетчатых имплантов

Пучков К.В. (1,2), Хабарова Е.В.(1)

Москва

- 1) Швейцарская университетская клиника,
- 2) ГБОУ ВПО РязГМУ им акад. И. П. Павлова

137.Применение радиочастотной абляции в лечении пищевода Барретта

Пучков К.В. (1,2), Хабарова Е.В. (1), Тищенко Е.С. (1)

Москва

- 1) Швейцарская университетская клиника,
- 2) ГБОУ ВПО РязГМУ им акад. И. П. Павлова

138.Оценка эффективности комплексного лечения больных с синдромом диабетической стопы с использованием баллонной ангиопластики и стентирования сосудов

*Алиев М.А.(1,2), Сафаров С.Ю.(2),
Магомедов М.С.(1),Скороваров А.С.(1),
Османов Р.С(2).*

Махачкала

*Городская клиническая больница №1,
Дагестанский государственный медицинский
университет*

Актуальность. Известно, что настоящее время в России насчитывается более 12 млн. больных сахарным диабетом в Дагестане -15 тысяч. При этом у каждого второго больного возникает проблема со

стопой в виде воспалительного процесса одного или нескольких пальцев стопы, которая в большинстве случаев приводит к высоким ампутациям конечности. На сегодняшний день в РФ при СДС высокие ампутации выполняют у более 50%. Чаще всего высокие ампутации выполняются после неоднократных хирургических вмешательств на пальцах и мягких тканях стопы. Такие результаты в большинстве случаев обусловлены тем, что во-первых, не проводится мероприятия по устранению критической ишемии пораженной конечности, во-вторых, хирургические разрезы на стопе выполняют без учета расположения артерий, которые кровоснабжают дистальные отделы и пальцы стопы. Нередко вмешательства завершаются пересечением сосудов, питающие дистальные отделы стопы и, в конечном счете, это приводит к гангрене здоровых пальцев с распространением на стопу. С учетом этого, сохранение кровоснабжения здоровых пальцев при СДС является одним из важнейших задач хирурга. Пожилой возраст и тяжелые сопутствующие заболевания, зачастую не всегда позволяют выполнить реконструктивные операции на сосудах, требуют применения эффективных и миниинвазивных методов восстановления артериальной проходимости. Этим условиям отвечают баллонная ангиопластика и стентирование периферических артерий. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 32 больных с гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы на фоне сахарного диабета, находившихся в республиканском отделении хирургической инфекции с 2016 по 2018 год. В основную группу вошли 20 больных, в контрольную - 12. Мужчин было 11 (7 в контрольной группе), женщин 9 (5 в контрольной группе). Возраст больных колебался от 34 до 79 лет. СД тяжелой степени при поступлении выявлен у 14 (70%) больных в основной и 6 (50%) в контрольной группах. СД средней тяжести выявлены у 8 (30%) больных основной и 6 (50%) контрольной группах. Длительность заболевания в среднем в обеих группах составила 11 лет. Все больные были с инсулиннезависимым диабетом. Консервативное лечение в обеих группах исследования включало в себя: 1. Компенсацию уровня гликемии и обменных процессов переводом больных на лечение простым инсулином. 2. Антибактериальную терапию с учетом чувствительности к микрофлоре. 3. Применение антикоагулянтов и дезагрегантов, средств улучшающих микроциркуляцию, антиоксидантов. 4. Коррекцию водно-электролитного обмена, белковых нарушений, восполнение дефицита ОЦК, детоксикационные мероприятия, направленные на

снижение степени эндогенной интоксикации. 5. Коррекцию сопутствующих заболеваний. У 12 больных основной группы и 5 больных контрольной группы выявлена ишемическая форма синдрома диабетической стопы. У 10 больных основной группы и 7 больных контрольной группы выявлено сочетание нейропатии с ишемией. Для устранения критической ишемии нижних конечностей больным контрольной группы использовали различные методы медикаментозного лечения - использование ангиопротекторов, в том числе и внутриапериартериального из введения. Больным основной группы критическая ишемия устраняли проведением рентгенэндоваскулярных методов лечения - баллонной ангиопластики и стентирования сосудов нижних конечностей. После устранения ишемии конечностей на 5-10 сутки больным выполняли оперативное вмешательство. Хирургическое лечение на пальцах стопы в контрольной группе выполняли по общепринятой методике, которая не учитывает анатомо-топографического расположение артерий, осуществляющих кровоснабжение дистальных отделов и пальцев стопы. У больных основной группы оперативное вмешательство выполняли по разработанной методике. Техника оперативного вмешательства: на тыльной поверхности стопы в области сустава Лисфранка поперечным разрезом длиной 1-2 см рассекалась кожа с подкожной клетчаткой, фасция. Обнажали длинные разгибатели пальцев (2-4 пальца) и пересекали сухожилие пораженного пальца острым скальпелем (для профилактики распространения гнойно-некротического процесса по сухожильным влагалищам). Если возникала необходимость удаления длинного разгибателя 1 пальца стопы, то разрез делали на 1,5 см медиальнее вышеописанного на том же уровне. Для экзартикуляции пораженного пальца хирургическое вмешательство осуществляется из продольного разреза на тыльной поверхности пораженного пальца и плюснефалангового сочленения. Разрез проходил строго по средней линии. Рассекали мягкие ткани до кости, а кожные лоскуты раздвигали и выполняли необходимые манипуляции в пораженном пальцах. Пересеченные сухожилия удалялись вместе с пальцем и измененными тканями. Данный разрез позволяет сохранить кровоснабжение рядом расположенного пальца, в отличие от общепринятых разрезов. Результаты. Результаты хирургического лечения, с использованием рентгенэндоваскулярной методики оказались намного лучше по сравнению с контрольной

группой. Оценка непосредственных клинических результатов сочетанного применения рентгенэндоваскулярных методов и оптимизация хирургического вмешательства у 22 больных с СДС показала, что функционально полноценная конечность была сохранена у 21 (93%) больных. В контрольной группе из 12 больных функционально полноценная конечность была сохранена у 8 (66%) больных. Высокие ампутации выполнены у 1 (7%) больного в основной группе и 4 (34%) в контрольной. Летальность в контрольной группе составил 1 больной (8%), тогда как в основной группе летальных случаев не было. Выводы. 1. Раннее применение рентгенэндоваскулярных методов лечения при критических ишемиях приводит к отграничению гнойно-некротических поражений и переходом влажной гангрены конечности в ее сухую форму. 2. Использование рентгенэндоваскулярных методов лечения и оптимизация хирургического вмешательства при гнойно-некротических поражениях пальцев стопы позволили сохранить опорную функцию конечности у 93% больных

139. Миниинвазивные технологии в лечении кровотечений из гастродуоденальных язв

Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Камилов Г.Т., Сайидалиев Ч.М., Одинаев Р.

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Несмотря на достижения современной фармакологии и появление новых высокоэффективных противоязвенных препаратов, в настоящее время, такое грозное осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки как кровотечение не имеет тенденции к снижению и занимает особое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Существование многочисленных научных работ о способах лечения кровотечений из гастродуоденальных язв и эффективности их применения, до сих пор, не снижает частоты

рецидивов кровотечения и летальных исходов у данного контингента больных и по данным мировой литературы достигает 8-19% случаев. Чаше всего трудность диагностики и в особенности дифференциальной диагностики возникает у больных пожилого и старческого возрастов, нередко имеющих отягощенный анамнез. Частота послеоперационной летальности, у этой группы больных, достигает до 32% случаев. Все вышесказанное указывает на необходимость дальнейшего изучения данной патологии и способов ее коррекции. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Материал и методы исследования. Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 180 больных с язвенными кровотечениями, которые находились на стационарном лечении на хирургических базах Кафедры хирургии №1 ТГМУ в период с 2014 по 2018гг. Женщин было 62(34,4%) пациента, мужчин 118(65,6%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Кровотечение легкой степени тяжести отмечалось у 62(34,4%) больных, средней степени у 75(41,7%) и тяжелой степени у 43(23,9%) пациентов. Кровотечение из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 132(73,3%) случаях, из острых язв в 48(26,7%) случаях. По классификации J. Forrest, среди всех госпитализированных, F IA наблюдалось в 17(9,5%) случаях, F IB в 49(27,2%) случаях, F IIA в 51(28,3) и F IIB в 63(35%) случаях. Из 66(100%) больных с Forrest I в 24(36,4%) случаях язва находилась в желудке, в остальных 42(63,6%) случаях в двенадцатиперстной кишке. Среди 114(100%) больных с Forrest II в 53(46,5%) случаях язва находилась в желудке, в 61(53,5%) в двенадцатиперстной кишке. При обращении всем больным выполнялись УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости, лабораторные исследования и ЭФГДС. При эндоскопическом исследовании, при обнаружении источника кровотечения, проводилась эндоскопическая остановка кровотечения, с помощью 0,5-1% раствора этоксисклерола, который вводился в 2-4 точки (в том числе при наличии сосуда в дне язвы) в области язвы, по 2-6 мл., на глубину 1-3 мм. При малых размерах язв и непродолжающимся кровотечением вводился 0,5% раствор в количестве 2-3мл. Результаты и обсуждение. Из 66(100%) больных с Forrest I в 57(86,4%) наблюдениях эндоскопический гемостаз дал положительный результат, в 9(13,6%) случаях ввиду не возможности проведения эндоскопического гемостаза пациентам была проведена лапаротомия с различными видами оперативных пособий. Из 57

больных с Forrest I которым был проведен первичный эндоскопический гемостаз рецидив кровотечения был отмечен в 6(9,1%) случаях. В 3 случаях кровотечение было повторно остановлено эндоскопически, в 3 случаях выполнено иссечение язвы (n=1) и резекция желудка (n=2). Летальный исход наблюдался в 2(3%) случаях. Среди 114(100%) больных с Forrest II рецидив после эндоскопического гемостаза возник в 6(5,3%) наблюдениях. В 4 случаях была проведена лапаротомия и в 2 случаях успешно выполнен эндоскопическая регемостаз. Летальный исход наблюдался в 1(0,9%) случае. Вывод. Применение миниинвазивных вмешательств в лечении больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, особенно при высоком операционном риске, является более эффективным методом лечения, снижающим частоту послеоперационной летальности и способствующий раннему восстановлению больных.

140. Перфоративные гастродуоденальные язвы, осложненные распространенным перитонитом: какая шкала обладает лучшей прогностической способностью в отношении осложнений?

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Страдымов Е.А.

Москва

Кафедра факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность: перфоративная гастродуоденальная язва (ПГДЯ) является одной из актуальных проблем хирургии в связи с сохраняющимися высокими показателями летальности и послеоперационных осложнений. Целью данной работы является выявление связи между различными значениями прогностических шкал и возникновением послеоперационных осложнений. Материалы и методы: на базах кафедры факультетской хирургии № 1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ГКБ № 1 и ГКБ № 4) за 2014 - 2016 гг. ушивание ПГДЯ в условиях распространенного перитонита выполнено 153 пациентам. Для решения поставленной задачи нами

были выбраны следующие прогностические шкалы: шкала Boeu, шкала перфоративных пептических язв (PULP), ASA, Мангеймский индекс перитонита (МИП), шкала оценки тяжести сепсиса WSES (WSES score). С целью количественной оценки влияния значений прогностических шкал на вероятность возникновения послеоперационных осложнений у пациентов с ПГДЯ и распространенным перитонитом нами использован статистический показатель - отношение шансов (ОШ). Статистическая значимость ОШ оценена исходя из значений 95% доверительного интервала (ДИ). Результаты: 114 пациентам (74,5%) выполнено лапароскопическое ушивание, 19 (12,4%) – «открытое» ушивание, 20 (13,1%) – ушивание после конверсии. Общий показатель послеоперационных осложнений составил 27%. Все осложнения разделены согласно классификации Clavien-Dindo (CD). У 42 пациентов развилось 79 послеоперационных осложнений: I класс – 1,3%, II – 40,5%, IIIA – 16,5%, IIIB – 8,9%, IV – 6,3%, V – 26,6%. Boeu 2 является значительным фактором риска развития осложнений: ОШ=67,7 с 95% ДИ [8.6, 533.8] ($p<0,05$) и Boeu 1 - ОШ 5,1 с 95% ДИ [2.2, 11.9] ($p<0,05$). Так же МИП > 21 и WSES > 5 являются факторами риска развития осложнений: ОШ=41,6 с 95% ДИ [14.8, 116.4] и ОШ=36,3 с 95% ДИ [13.6, 97] ($p<0,05$), соответственно. Шкалы PULP и ASA обладают хорошей способностью в отношении прогнозирования осложнений, но меньшей по сравнению со шкалами Boeu, МИП and WSES. При PULP > 7 ОШ=27 с 95% ДИ [7.4, 99.1] ($p<0,05$) и ASA > 3 ОШ=16,1 с 95% ДИ [4.3, 60.5] ($p<0,05$). Обсуждение: на сегодняшний день существует множество как специфических, так и неспецифических по отношению к прободной язве прогностических шкал. В то же время нет «идеальной» шкалы и согласно литературным данным рутинно прогностические шкалы при ПГДЯ не применяются, что побуждает мировое хирургическое сообщество к дальнейшему поиску факторов риска неблагоприятного исхода при прободной язве. Заключение: применение прогностических шкал позволяет выделить пациентов с высоким риском неблагоприятного исхода хирургического лечения прободной язвой. Нам представляется, что значения шкалы Boeu равно 2, МИП > 21 и WSES > 5 обладают лучшей прогностической способностью в отношении послеоперационных осложнений ($p<0,05$). Рекомендации: мы рекомендуем рутинное применение прогностических шкал с целью отбора пациентов с высоким риском развития неблагоприятного исхода.

141.Профилактика послеоперационных параумбиликальных грыж после лапароскопической холецистэктомии

Стифуткин А.В., Коваль С.П.

Иркутск

МСЧ АО «Международный Аэропорт Иркутск»

Актуальность. Несмотря на совершенствование техники, включая применение сетчатых эндопротезов, при выполнении лапароскопических холецистэктомий частота формирования послеоперационных параумбиликальных грыж не имеет тенденции к снижению. Эта ситуация доставляет массу проблем пациентам, начиная с повторной госпитализации и нетрудоспособности до трех недель, заканчивая риском возникновения интра- и послеоперационных осложнений, в том числе ТЭЛА. Материал и методы. В нашей клинике за период с 2014г. по 2018г. оперирована 31 пациентка с послеоперационными параумбиликальными грыжами после ранее произведённых лапароскопических холецистэктомий. Возраст больных составил от 43 до 67 лет. При этом количество оперированных с каждым годом возрастало. Для профилактики возникновения грыж после лапароскопической холецистэктомии мы применяем следующую известную, но далеко не всеми используемую методику – после завершения внутрибрюшного этапа операции желчный пузырь извлекаем из брюшной полости через эпигастральный доступ. Для этого ножницами расширяем отверстие в апоневрозе до размеров, необходимых для введения пальца в брюшную полость, после этого в раневой канал вводим зажим Кохера, фиксируем шейку желчного пузыря и достаём последний на переднюю брюшную стенку. Если пузырь не удастся извлечь на этом этапе и над кожей появилась его шейка, рассекаем последнюю, отсасываем желчь отсосом, далее удаляем желчный пузырь из брюшной полости. В том случае, если после этого не удастся достать пузырь, окончательным зажимом извлекаем камни из полости последнего. Если камни большого размера, пытаемся их разрушить в полости пузыря, затем их эвакуируем. Когда не удастся размельчить конкремент, расширяем раневой канал. Следует отметить, если имеются воспалительные изменения в стенке желчного пузыря или его повреждения, пузырь извлекаем в контейнере. Завершаем этот этап операции

наложением швов на апоневроз. Чаще всего достаточно наложить 2 узловых шва, реже – три. При зашивании раны в области параумбиликального доступа накладываем один узловый шов на апоневроз. Результаты. С применением описанной методики с 2008г. по 2018г. оперировано 463 пациента. Отдаленные результаты проанализированы у 426 (92,0%) больных. Возникновения послеоперационных грыж не отмечено. Выводы. Таким образом, описанная поэтапная методика извлечения желчного пузыря через эпигастральный доступ из брюшной полости при выполнении лапароскопической холецистэктомии позволяет не расширять доступ, не применять сетчатые эндопротезы для укрепления брюшной1 стенки и исключает риск формирования послеоперационных грыж.

142.Анализ результатов лечения трансфинктерных свищей прямой кишки при использовании миниинвазивной сфинктеросохраняющей методики

*Алиев М.А.(1,2), Сафаров С.Ю.(2),
Абдулмажидов Х.М.(1), Джанмурзаев У.И(1).*

Махачкала

Городская клиническая больница №1,
Дагестанский государственный медицинский
университет

Актуальность. Проблема лечения трансфинктерных свищей до сих пор остается актуальной, так как предложенные методики имеют высокий процент рецидивов и послеоперационных осложнений. В настоящее время при лечении трансфинктерных свищей прямой кишки чаще всего применяются следующие методы хирургических вмешательств: иссечение свища с ушиванием сфинктера; иссечение свища с проведением лигатуры; иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки; закрытие внутреннего отверстия при помощи биопротезного obturator; заполнение свищевого хода биологическим клеем. К недостаткам этих

методик относятся: 1. высокий риск послеоперационной слабости анального жома (44.8%), 2. относительно высокая частота гнойно-воспалительных осложнений (10.1%), 3. длительный период послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента. Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 18 больных, находившихся на лечении в республиканском колопроктологическом отделении в 2018 году. Мужчин было 11(60%), женщин-7(40%). У всех больных были трансфинктерные свищи 1-3 степени. По возрасту больные распределены следующим образом: от 20-до 40 лет-4, 41-60 лет- 12 и свыше 60 лет 2 больных. Клинически свищи проявлялись наличием свищевого хода с серозными или гнойными выделениями, иногда жаловались на боли в перианальной области, дискомфорт. Для уточнения диагноза выполнялись следующие общепринятые исследования: визуальный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование хода, исследование функции запирающего аппарата прямой кишки, микробиологическое исследование отделяемого из свища, фистулография и ректороманоскопия. Перед операцией отделяемое из свища, в случае ее наличия, брали на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, и в течение нескольких дней до операции и в послеоперационном периоде проводили лечение антибиотиками по чувствительности. Всем больным использована новая миниинвазивная сфинктеросохраняющая методика лечения. Суть метода состоит в том, что поперечным разрезом длиной 1,5 см у медиального края свищевого хода, на расстоянии 1-1,5 см от края прямой кишки, рассекали кожу с подкожной клетчаткой, выделяли свищевой ход на протяжении до 1,0 см., без вскрытия его просвета, и завязывали двумя лигатурами на расстоянии до 0,5 см друг от друга, между узлами свищевой ход рассекали. В области внутреннего отверстия свищевого хода у пораженной крипты рубцово-измененные ткани иссекались. Для закрытия внутреннего отверстия свищевого хода, со стороны просвета прямой кишки, при диаметре внутреннего отверстия свищевого хода до 0,4 см, использовали метод сегментарного перемещения слизистой прямой кишки, а при диаметре свищевого хода более 0,5см, перемещалась слизисто-мышечный лоскут прямой кишки на ножке. После гидравлической препаровки, поперечным разрезом, на 0,2 см выше внутреннего отверстия свищевого хода, выкраивали лоскут слизистой. Выделенный лоскут свободно, без натяжения перемещали и укладывали на область

внутреннего отверстия свищевого хода и фиксировали 2-мя -3-мя швами викрилом № 3к ее краям. Для защиты раны прямой кишки от попадания кишечного содержимого и нагноения, а также ее герметизации использовали медицинский клей "Сульфакрилат», обладающий антибактериальным, гемостатическим эффектом. Клей наносился тонким слоем. Для укрепления шва, после нанесения клея, выдерживали в соединенном состоянии края перемещенной слизистой в течение 2-3 минут. В течение указанного времени на соединенных раневых поверхностях образовался прочный клеевой шов. Образующаяся клеевая пленка эластична, не ломается в течение 10-15 суток. Этого срока хватало для первичного заживления раны без воспаления. На рану накладывали гемостатическую губку. Наружное отверстие свищевого хода санировалась ежедневно антисептиками, в течение 3-х дней, в просвет вводили трех процентный спиртовой раствор йода или 70% этиловый спирт. Это приводило к склерозированию и ликвидации наружного отверстия свища в течение 3-7 дней. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения в виде нагноения раны или слабость анального сфинктера не наблюдалось ни у одного больного. Все больные были выписаны из стационара на 4-6 суток. 8 больных осмотрены через 4 месяца после операции. Раны зажили первично, жалоб нет. Средние сроки лечения больных в стационаре составили 5 к/дней, продолжительность амбулаторного лечения 7 дней. Выводы. Выбранный способ ликвидации трансфинктерных свищей прямой кишки показал высокую эффективность, сокращаются сроки лечения больных, к минимуму сводятся послеоперационные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.

143. Результаты торакоскопических вмешательств в хирургическом торакальном отделении

Тонеев Е.А. (1,2), Чарышкин А.Л. (2),
Мартынов А.А. (1), Лисютин Р.И. (1),
Зулькарняев А.Ш. (1)

Ульяновск

- 1) ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер, хирургическое торакальное отделение.
- 2) ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», кафедра факультетской хирургии

Материалы и методы: Внедрение эндоскопических методов лечения при злокачественных заболеваниях грудной клетки в настоящее время широко внедрено в клиническую практику ведущих учреждений нашей страны. С 2017 по 2018 год в хирургическом торакальном отделении ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер г.Ульяновска выполнено 47 видеоторакоскопических вмешательств. В том числе впервые в области выполнены две ВТС лобэктомии при злокачественных заболеваниях легкого. 45 ВТС вмешательств носили диагностический характер с целью верификации патологического процесса легких, средостения. Резюме: Из общего числа оперированных лиц, мужчин было 30 (63,8%), женщин 17 (36,2%). Злокачественный процесс был у 32 человек (68%), доброкачественный соответственно 15 (32%). Конверсий было 7 (14,9%), причинами конверсий были: 1 (14,3%) неконтролируемое внутривисцеральное кровотечение, 6 (85,7%) связаны с анестезиологическими аспектами. В нашей работе мы не используем однопортовый доступ, как правило применяли 3 доступа. Доступ зависел от цели операции. В послеоперационном периоде анализ осложнений проводили по классификации ТММ (Thoracic Morbidity and Mortality System). Grade I, II не были оценены, ввиду их незначительной клинической значимости. Осложнения Grade IIIA были отмечены в 1 случае, возникшее после сублобарной резекции. Длительное продувание воздуха по дренажам потребовало активной аспирации, в дальнейшем данное осложнение купировалось на вторые сутки. Grade IIIB также было в 1 случае, после лобэктомии, наблюдалось длительное продувание воздуха по дренажам, которое несмотря на комплексный консервативный подход потребовало выполнение повторной реторакоскопии, санации и устранения

паренхиматозной фистулы. Grade IV, V в нашем наблюдении не встречалось. Обсуждение: Многими зарубежными и отечественными авторами доказано преимущество торакоскопии по сравнению с обычной открытой торакальной хирургией при злокачественных заболеваниях органов грудной клетки. Основные преимущества: экономическая эффективность, более короткое пребывание в стационаре, значимое снижение послеоперационной боли и более раннее восстановление для дальнейшего комплексного подхода в лечении при раке легкого (химиотерапия, лучевая терапия). Выводы: В нашей серии наблюдений мы хотели бы отразить современное состояние минимально инвазивных методов лечения в хирургическом торакальном отделении ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер г.Ульяновска. Приотсутствии противопоказаний для выполнения односторонней вентилизации, ВТС является операцией выбора в нашей клинической практике.

144. Сегмент тощей кишки на ножке в реконструктивной хирургии желудка

Ручкин Д.В. Козлов В.А.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Введение. Современный этап развития желудочной хирургии характеризуется критической оценкой функциональных результатов традиционных операций. Об этом свидетельствует большое количество фундаментальных работ по созданию и поиску наиболее физиологических вариантов реконструкции после тотального и субтотального удаления желудка. В тематической литературе наметилась тенденция ухода от традиционных модификаций в пользу более технически сложных, но выгодных для пищеварения способов. Предложенные варианты направлены на создание клапанных анастомозов и резервуаров на петлях по Брауну и по Ру. Но они не решают главной проблемы

петлевой реконструкции - выключения из пищеварения двенадцатиперстной кишки как основной причины патологических расстройств после операций на желудке. Создание методик, восстанавливающих естественный пассаж пищи с ортотопическим замещением желудка петель тощей кишки, представляло собой актуальное направление оперативной гастроэнтерологии на всех этапах ее развития. Прогресс современных технологий периоперационного обеспечения позволяет безопасно усложнять оперативный прием и реализовывать на практике различные клапанные и резервуарные варианты реконструкции, направленные на компенсацию пищеварения и улучшения качества жизни оперированных больных. Цель. Создание концепции физиологической реконструкции в хирургии желудка. Материалы. В период 2011-17 гг. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского выполнили 213 операций с изоперистальтической еюногастропластикой (ЕГП). Показаниями к операции у 182 (85,4%) пациентов явился рак желудка, у 23 (10,8%) - болезни оперированного желудка и у 8 - (3,8%) рак культи или рецидив рака желудка. Тотально заместили желудок сегментом тонкой кишки на сосудистой ножке 150 (70,2%) больным, из них 142 после гастрэктомии, 7 - после экстирпации культи, и в 1 наблюдении - после резекции эзофаго-юноанастомоза. Операцию типа Merendino-Dillard выполнили 50 (23,6%) пациентам, из них 39 - после субтотальной проксимальной резекции желудка, 11 - после резекции эзофагогастроанастомоза. Интерпозицию сегмента тонкой кишки между культей желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) осуществили 10 (4,8%) пациентам, из них 9 - после резекции гастроэнтероанастомоза и ререзекции культи желудка, и 1 - после дистальной субтотальной резекции. И 3 (1,4%) пациентам выполнили инверсию отводящей петли в ДПК, из них 2 - после гастрэктомии с петлевой реконструкцией и 1 - после резекции желудка по Гофмейстеру. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 14 (6,6%) больных. Частичную несостоятельность анастомоза диагностировали у 8 (3,8%) пациентов, из них у 7 (3,3%) - пищеводно-тонкокишечного, у 1 (0,5%) - тонкокишечно-дуоденального соустья. Абсцесс поддиафрагмального пространства сформировался в 2 (0,9%) наблюдениях. Все эти осложнения купировали путем адекватного дренирования под УЗ-контролем с вакуум-аспирацией. В раннем периоде 4 (1,9%) больным потребовалась релапаротомия. У 1 больного после гастрэктомии развился венозный тромбоз

тонкокишечной вставки, потребовавший ее удаления и повторной ЕГП. В 1 наблюдении показанием к релапаротомии явилась перфоративная язва ДПК, выполнили ее ушивание. Еще у 1 больной образовалась поддиафрагмальная гематома, потребовавшая санации и дренирования брюшной полости. Зафиксирован один летальный исход у пациента после неоднократных релапаротомий по поводу послеоперационного панкреонекроза. Госпитальная летальность составила 0,5%. Отдаленные результаты по совокупности объективных клинических и функциональных критериев можно признать благоприятными. Однако относительно небольшие сроки наблюдения не позволяют выполнить окончательную оценку. Обнадешивающим является факт отсутствия в исследуемой группе больных с моторно-эвакуаторными нарушениями интерпонируемого кишечного сегмента, требующими хирургической коррекции. Повторно оперировали 5 (2,3%) пациентов по поводу рецидива рака желудка. Вывод. Сегмент тощей кишки на ножке является самостоятельной анатомо-физиологической единицей и универсальным пластическим материалом, позволяющим успешно решать оперативно-технические задачи реконструктивного этапа, частично замещать утраченные функции желудка и создавать благоприятные условия для реализации компенсаторных механизмов пищеварительной системы.

145. Синдром обструктивного апноэ сна у бариатрических пациентов.

*Анисимова К.А., Василевский Д.И.,
Давлетбаева Л.И., Баландов С.Г.,
Скворцова Р.Д.*

Санкт - Петербург

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова
Центр хирургического лечения ожирения
и метаболических нарушений

Актуальность. Высокий риск смертности у пациентов с СОАС обусловлен не тяжестью самих нарушений дыхания во сне, а коморбидной патологией. Хронически протекающий СОАС при отсутствии лечения является самостоятельным фактором риска развития кардиоваскулярных и цереброваскулярных послеоперационных осложнений, а так же летальности. Частота синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у больных морбидным ожирением достигает 90%. Материалы и методы. В ходе предоперационного обследования СОАС был подтвержден у 12 пациентов (24%). Тяжелая степень СОАС была выявлена у 3 пациентов по результатам суточного респираторного мониторинга: 801 апноэ от 10 до 55 сек в общей сложности 04:27:36 (67% анализируемого времени сна). Индекс апноэ/гипноэ (ИАГ) - 120, что соответствует крайне тяжелой форме СОАС. Из них число апноэ обструктивного характера 70%. Средний уровень сатурации составлял 77,8 %. Индекс гипоксемии 58. Была начата ТриПАП терапия (TriPAP). Эффективность этого метода отмечалась уже через 2 недели после применения. Наблюдалось восстановление структуры сна, исчезновение дневной сонливости, повышение сатурации до 96%, снижение веса на 5 кг, достижение коррекции артериальной гипертензии на фоне приема антигипертензивной терапии. Полученные результаты. После начала ТриПАП терапии в сроки от 2 до 4 недель всем больным была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. На фоне продолжения ТриПАП терапии, через 6 месяцев потеря массы тела составляет 45 кг, улучшение показателей сна, нормализация сатурации, достигнута ремиссия артериальной гипертензии. Выводы. Диагностика и терапия СОАС, как независимого фактора риска сердечно-сосудистых осложнений позволяет

значительно снизить риск послеоперационных осложнений. Так же при регулярном применении ТриПАП терапии отмечается более выраженная динамика снижения массы тела после лапароскопической продольной резекции желудка.

146. Сравнительная оценка качества жизни после лапароскопической продольной резекции желудка и лапароскопического гастрощунтирования

*Аскерханов Г.Р. (1), Садыки М.Н. (1),
Аскерханов Р.Г. (2)*

Махачкала
2) Москва

- 1) ФБГОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет", г. Махачкала
- 2) ГБУЗ "Московский клинический научно-практический центр" Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва

Актуальность. Лапароскопическая рукавная (продольная) резекция желудка (ЛПРЖ) и лапароскопическое гастрощунтирование (ЛГШ) в настоящее время являются самыми распространенными бариатрическими операциями. Качество жизни (КЖ) пациентов, перенесших бариатрическую операцию, является важным показателем эффективности лечения ожирения. Цель исследования: Сравнить уровень КЖ пациентов с ожирением после ЛПРЖ и ЛГШ. Материал и методы: В Московском Клиническом Научном Центре им. А.С.Логинова и в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова (г.Махачкала) с января 2012г. по декабрь 2016г. хирургическому лечению по поводу ожирения было подвергнуто 495 больных. ЛПРЖ выполнена 280 (56,6%) пациентам, ЛГШ-145 больным, что составило 29,3%. Критерием включения пациентов в исследование являлось морбидное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) $\geq 40 \text{ кг/м}^2$, а также ожирение с ИМТ $\geq 35 \text{ кг/м}^2$ при наличии хотя бы одного сопутствующего заболевания. Критерии исключения включали в себя противопоказания к операции и отказ пациента от участия в исследовании. В зависимости

от вида операции, все пациенты были распределены на 2 группы. В первую группу были включены 64 пациента, перенесшие ЛПРЖ. Средний возраст $47,4 \pm 9,3$ лет (от 24 до 73), средний ИМТ до операции $42,8 \pm 6,5$ кг/м² ($35,0$ – $63,3$ кг/м²). ЛГШ–47 пациентов, средний возраст $46,5 \pm 8,2$ лет (от 26 до 65), средний ИМТ до операции $49,9 \pm 7,4$ кг/м² (от $35,7$ до $68,8$ кг/м²). Динамику массы тела оценивали с использованием показателей: индекс массы тела (ИМТ), процент потери избыточной массы тела (%EWL). Частоту сопутствующих заболеваний исследовали в %. КЖ оценивали до операции, через 12 и 24 месяца после операции методом анкетирования с использованием трех анкет: русскоязычной версии MOS Short Form 36 (MOS SF-36); опросника Moorehead-Ardelt II; анкеты для оценки КЖ после операций на органах желудочно-кишечного тракта Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Результаты и обсуждение: В группе больных, перенесших ЛПРЖ, уровень физического компонента КЖ по анкете SF-36 до операции составил $35,49 \pm 8,3$, через 12 мес после операции– $49,36 \pm 4,8$, через 24 мес– $42,32 \pm 6,7$. Исходный уровень физического компонента КЖ в группе пациентов, перенесших ЛГШ, составил $31,79 \pm 5,9$, через 12 мес– $49,83 \pm 7,4$, через 24 мес– $54,51 \pm 8,5$. В группе пациентов с морбидным ожирением физический компонент КЖ через 24 мес после ЛГШ– $51,3$, после ЛПРЖ– $44,2$ ($p < 0,05$). Среди пациентов с ИМТ от 35 до 40 кг/м² КЖ через 24 мес после ЛПРЖ– $53,4$, после ЛГШ– $55,1$. Психологический компонент КЖ в группе ЛПРЖ до операции– $43,3$, через 12 мес– $38,4$, через 24 мес– $49,5$. В группе ЛГШ данный показатель составил до операции– $40,7$, через 12 мес– $42,5$, через 24 мес– $53,4$. По результатам анкетирования с использованием GIQLI и Moorehead Ardelt-II уровень КЖ после ЛПРЖ и ЛГШ выше по сравнению с исходным ($p < 0,05$), однако, достоверных различий в зависимости от вида бариатрической операции нет. Средний %EWL через 12 мес после ЛПРЖ $57,7 \pm 12,4\%$, через 24 мес– $62,6 \pm 14,5\%$. Средний %EWL через 12 мес после ЛГШ $63,8 \pm 13,2\%$, через 24 мес– $68,7 \pm 19,2\%$. Сопутствующие заболевания до ЛПРЖ: сахарный диабет 2 типа (СД2) $19,4\%$, апноэ сна $17,3\%$, артериальная гипертензия (АГ) $41,9\%$, ГЭРБ $35,2\%$, боли в спине и суставах $44,9\%$; через 24 мес после ЛПРЖ: СД 2 – $13,8\%$, апноэ сна $9,5\%$, АГ $19,1\%$, ГЭРБ $22,4\%$, боли в спине и суставах $29,7\%$; в группе до ЛГШ–СД 2 – $34,2\%$, апноэ сна $29,3\%$, АГ $44,7\%$, ГЭРБ $34,2\%$, боли в спине и суставах $55,5\%$; через 24 мес после ЛГШ: СД 2 – $12,9\%$, апноэ сна $8,3\%$, АГ $15,2\%$, ГЭРБ $16,6\%$, боли в спине и суставах $17,5\%$. Выводы: 1. КЖ после ЛПРЖ и ЛГШ достоверно

выше, чем до операции. 2. КЖ у пациентов с ожирением II-й степени после ЛПРЖ и ЛГШ не имеет статистически достоверных различий. 3. У больных морбидным (III-й степени) ожирением КЖ на протяжении 2-х лет после ЛГШ выше, чем после ЛПРЖ. 4. ЛГШ по сравнению с ЛПРЖ эффективнее в плане борьбы с избыточным весом и регресса сопутствующих заболеваний. 5. Психологический компонент КЖ через 24 мес выше, чем через 12 мес после ЛПРЖ и ЛГШ.

147. Успешное внедрение концепции ускоренного восстановления в хирургическое лечение больных осложненным раком толстой кишки

*Соловьёв И.А. (1), Суров Д.А. (1),
Сизоненко Н.А. (1), Балюра О.В. (1),
Демко А.Е. (2), Святненко А.В. (1,2),
Мартынова Г.В. (2), Дымников Д.А. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации;
- 2) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

Актуальность. В настоящее время всё больший интерес у исследователей и клиницистов вызывает внедрение концепции ускоренного восстановления после операции (enhanced recovery after surgery – ERAS) в неотложную хирургию. Цель исследования. Сравнительный анализ клинико-экономических результатов применения программы ускоренного выздоровления (ПУВ) в хирургическом лечении больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью. Материалы и методы. С октября 2016 г. по декабрь 2018 г. в рандомизированном клиническом исследовании приняли участие 107 пациентов с декомпенсированным нарушением толстокишечной проходимости опухолевого генеза, включенных в основную (получавших лечение по ПУВ, $n=54$) и контрольную (где применялись традиционные хирургические подходы, $n=53$)

сопоставимые группы. Критерии исключения: распространенный перитонит, множественная органная дисфункция, рак прямой кишки, сочетанные осложнения злокачественного новообразования. Результаты. Послеоперационный болевой синдром у пациентов основной группы составил $4,02 \pm 0,09$ баллов (ВАШ) в первые сутки с постепенным регрессом до 0,5-1 балла к 4-5 суткам. Наркотические анальгетики не использовались. Отмечалось раннее восстановление моторной и эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): отсутствие тошноты и рвоты у большинства больных (79%), раннее начало энтерального питания – в среднем, спустя 36-48 часов после операции, появление шумов кишечной перистальтики в течение первых суток, отхождение газов в течение 24-36 часов, стула – на 2-3 сутки после операции. Продолжительность послеоперационного периода составила $10,2 \pm 0,9$ суток. Зарегистрировано 18 осложнений у 10 больных (18,5%): I-IIIa степени по классификации Clavien-Dindo – у 3 пациентов (5,6%), у 7 пациентов (13%) развились «тяжелые» послеоперационные осложнения IIIb-IV степени. Летальность 13% (n=7). В контрольной группе у 34 больных (64,2%) болевой синдром в раннем послеоперационном периоде достигал 7-8 баллов, что потребовало применения опиоидных анальгетиков у 13 пациентов (24,5%). Отмечалась замедленная динамика купирования болевого синдрома, что проявлялось в виде сохранения боли на уровне 4-5 баллов до 4-6 суток. У 28 больных (52,8%) в течение 36-72 часов после операции отмечена тошнота и рвота. Появление шумов кишечной перистальтики отмечено, в среднем, только к исходу 2 суток, начало отхождения газов – на 2-3 и стула – 3-4 сутки, соответственно. Продолжительность послеоперационного периода составила $14,5 \pm 1,2$ суток. Зарегистрировано 31 осложнение у 18 больных (34%): I-IIIa степени – у 6 пациентов (11,3%), у 12 пациентов (22,6%) развились «тяжелые» послеоперационные осложнения IIIb-IV степени, среди которых у 10 больных отмечено 2 и более осложнения. Необходимо отметить, что для коррекции послеоперационных осложнений у 5 пациентов (9,4%) потребовалось выполнение повторных оперативных вмешательств. Летальность 20,8% (n=11). Средняя разница общих затрат на стационарное лечение одного пациента составила 19 667,3 руб. Выраженный экономический эффект преимущественно обусловлен уменьшением числа послеоперационных осложнений, и связанных с ними повторных хирургических вмешательств, анестезиологических пособий и, как следствие,

сокращением сроков пребывания в отделении реанимации. Обсуждение. Применение ПУВ позволяет добиться существенного уменьшения послеоперационной боли, отказаться от использования опиоидных анальгетиков, а также добиться ранних сроков восстановления моторной и эвакуаторной функции ЖКТ. Выводы и рекомендации. ERAS в неотложной хирургии осложненного рака толстой кишки является применимой, безопасной и эффективной технологией, обеспечивающей существенное улучшение непосредственных результатов хирургического лечения, что обеспечивает значительное уменьшение его стоимости.

148. Стентирование подвздошно-кавального сегмента в лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей

*Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М.,
Виллер А.Г., Яшкин М.Н., Литвинов А.А.*

Москва

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

Цель. Оценка проходимости венозных стентов и клинического результата стентирования глубоких вен у пациентов с посттромботической болезнью и экстравазальной неопухолевой компрессией (синдром Мей-Тернер). Материалы и методы. С 2015 по 2018 гг. выполнено 23 плановых стентирования подвздошных вен у 22 пациентов с хронической венозной недостаточностью (C3-C6 по CEAP). Показаниями к венозному стентированию явились: хроническая венозная недостаточность, неэффективность консервативной терапии, посттромботическая окклюзия или экстравазальная компрессия подвздошных вен, нижней полой вены. Предоперационная диагностика включила в себя: ультразвуковое ангиосканирование, бесконтрастную магнитно-резонансную флебографию или контрастную компьютерную томографическую флебографию, контрастную флебографию, оценку шкал CEAP, VCSS, CIVIQ, VILLALTA. У 16 пациентов выявлена

посттромботическая обструкция подвздошно-кавального сегмента, у 6 пациентов – сдавление левой общей подвздошной вены правой подвздошной артерией (синдром Мей-Тернер). Пациенты с посттромботической болезнью по клиническим классам распределились следующим образом: С6 – 3, С4 – 2, С5 – 2, С2,3 – 9. Пациенты с синдромом Мей-Тернер имели клинический класс С2,3,С. Пациентам выполнена реканализация, ангиопластика, стентирование подвздошных вен (у 2 пациентов с нижней полой веной), баллонная постдилатация. В послеоперационном периоде назначалась двойная антитромботическая терапия на срок не менее 6 месяцев, трикотаж с компрессией 23-46 мм рт. ст. На первые сутки после операции, через 3 месяца выполняли ультразвуковой контроль проходимости стентов, через 6 месяцев – компьютерно-томографическую флебографию. В динамике оценивали показатели шкал CEAP, VCSS, CIVIQ, VILLALTA. Результаты. По данным ультразвукового контроля в первые сутки после операции технический успех отмечен у всех пациентов. По данным контрольных ультразвуковых исследований через 3 месяца, компьютерно-томографической флебографии через 6 месяцев проходимость стентов отмечена у 20 пациентов. В 2 случаях выявлен тромбоз стента в сроки от 3 до 6 месяцев после операции. В 3 случаях выявлена субокклюзия общей подвздошной вены. В 3 случаях выявлено сужение проксимального конца стента. Миграции, деструкции стентов не выявлено. У пациентов с клиническим классом С6 язвы зажили в сроки от 2 до 4 недель. У пациентов с синдромом Мей-Тернер в 2 случаях выполнялась ликвидация варикозных вен, что привело к снижению клинического класса с С2,3 до С0. У пациентов с посттромботической болезнью купирован хронический отек у 7 пациентов, у 2 пациентов отек сохранился, но уменьшился. У всех пациентов после операции отмечался умеренный болевой синдром в поясничной области, который купировался на 3-4 день. Больших геморрагических осложнений не выявлено. У 2 пациентов отмечены малые геморрагические осложнения (повышенная кровоточивость десен, носовые кровотечения). Выводы. Полученный опыт стентирования подвздошно-кавального сегмента показал высокую эффективность и безопасность метода в лечении пациентов со окклюзионно-стенозными поражениями глубоких вен. Остается ряд неразрешенных вопросов, таких как техническое выполнение операции при двустороннем поражении, рациональная послеоперационная медикаментозная терапия.

149. Прогнозирование исходов холецистэктомии при остром холецистите

Кузьменко В.Л., Старцев Ю.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность: Острый холецистит (ОХ) более чем в 90 % случаев развивается на фоне ЖКБ, тогда как на остальные формы заболевания приходится менее 10 % случаев (Nakano I. et al., 1997). Осложнениями заболевания являются: Околопузырный инфильтрат, абсцесс, перфорация, перитонит, механическая желтуха, холангит, желчные свищи, холедохолитиаз, частота их развития составляет от 10 до 25 % (Алиев Ю.Г. и др., 2014). Повышение эффективности хирургического лечения и улучшение исходов после выполнения холецистэктомии большинство авторов связывают с возможностью прогноза течения патологического процесса, и выявления осложнений на ранних стадиях развития. Прогнозирование результатов операций является одной из важнейших задач современной хирургии, решение которой направлено на выработку правильных тактических решений хирургов. Материалы и методы: На базе хирургического отделения МБУЗ ГБСМП г. Ростов-на-Дону и хирургического отделения МБУЗ МО Ейский район "ЦРБ" проведено ретроспективное, нерандомизированное исследование, включившее 329 пациентов с острым холециститом, которым выполнена холецистэктомия в экстренном и срочном порядке с использованием лапароскопического доступа, минидоступа и верхней срединной лапаротомии. После анализа результатов и исходов лечения выделены 3 группы пациентов: с благоприятным клиническим исходом, с функциональными нарушениями и с органической патологией органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ). Произведено сравнение встречаемости в трех группах всех исследуемых показателей: демографических, клинических характеристик, подходов к лечению, интраоперационных сложностей и осложнений, исходов операций. Показатели, имеющие значимые различия в группах, отнесли к возможным факторам риска развития неблагоприятных исходов лечения. Был выполнен поиск взаимосвязей выявленных предикторов с помощью корреляционного анализа и изучено влияние различных факторов на исходы операции и необходимость выполнения повторных

вмешательств. С использованием дискриминантного анализа, осуществлена разработка моделей, прогнозирующих исход лечения в зависимости от всех выявленных предикторов. Обсуждение: Как и многие исследователи, мы считаем, что повышение эффективности хирургического лечения острого холецистита и улучшение отдаленных исходов в настоящее время связано с прогнозом течения патологического процесса. Нами предложена оригинальная система прогнозирования, позволяющая выбрать оптимальную тактику послеоперационного наблюдения и снизить частоту неблагоприятных исходов после холецистэктомии. Создана компьютерная программа, позволяющая автоматизировать расчет прогноза, сохранять и накапливать результаты с целью дальнейшего проспективного анализа.

ВЫВОДЫ: 1. Исходы проведенной холецистэктомии можно разделить на 3 группы: группа с благоприятным клиническим исходом, группа с функциональными нарушениями, группа с органической патологией БПДЗ. 2. Пациенты 1 и 2 групп ни имели никаких значимых различий между собой ни по одному из показателей, включенных в исследование, что делает невозможным прогноз функциональных нарушений на основе лабораторно-инструментальных и хирургических факторов риска. 3. На основе сравнения показателей 1 и 3 групп выделены 24 фактора, имеющие статистически значимые различия, которые можно считать предикторами развития патологий органов БПДЗ в отдаленные сроки лечения. 4. Произведен расчет следующих прогностических моделей: прогноз формирования различных патологий органов БПДЗ; прогноз развития таких состояний, как: стеноз терминального отдела холедоха или большого дуоденального соска; холедохолитиаз; послеоперационная грыжа; хронический панкреатит; 5. Разработанная компьютерная программа расчета рисков осложнений, позволяет просто и оперативно оценить риск развития отдаленных осложнений и оптимизировать с учетом полученных сведений процесс наблюдения и лечения больных с острым холециститом.

Практические рекомендации. Разработанная программа автоматического расчета прогноза неблагоприятных исходов рекомендуется к использованию перед выпиской оперированных пациентов с ОХ из стационара с целью выработки тактики наблюдения за пациентом. На основании прогноза составляется индивидуальная рекомендация по диспансерному наблюдению

хирургом или гастроэнтерологом за пациентами с высоким или низким риском осложнений.

150. Минимально инвазивная хирургия пищевода. Опыт одной команды

*Демко А.Е., Кулагин В.И., Суров Д.А., Бабков О.В.,
Осипов А.В., Ястребов И.П., Бабич А.И.*

Санкт-Петербург

ГБУЗ "Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт скорой
помощи имени И.И. Джанелидзе"

Введение. История изучения рака пищевода насчитывает более 2000 лет. При раке средне и нижне-грудного отдела пищевода онкологически обоснованными являются выполнение субтотальной эзофагэктомии с одномоментной эзофаго-гастропластикой и двухзональной абдомино-медиастинальной лимфодиссекцией (D2-F2). Традиционным является лапароторакотомный доступ с внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом (операция типа Льюиса). В настоящее время в клиническую практику внедрены минимально-инвазивные вмешательства на пищеводе – лапароторакоскопическая резекция пищевода с анастомозом на шее и гибридные оперативные вмешательства лапароскопия-торакотомия, торакоскопия-лапаротомия с анастомозом на шее. В настоящее время не унифицированы показания для применения эндовидеохирургических вмешательств при раке пищевода и не определены показания для применения того или иного оперативного доступа. Цель работы – проанализировать результаты лечения пациентов с операбельными формами рака средне и нижне-грудного отдела пищевода с применением минимально инвазивных хирургических технологий

Материал и методы. Проанализирован опыт 42 минимально-инвазивных эзофагэктомий выполненных одной операционной командой. 20 пациентов оперированы торако-лапароскопическим способом с формированием аппаратного анастомоза на шее. У 22 пациентов

выполнены гибридные (торакоскопия-лапаротомия) вмешательства с аппаратным анастомозом на шее. Во всех случаях желудочный трансплантат проводился ретростернально. Результаты. Пациенты разделены на 2 группы – 1 группа – до прохождения кривой обучения, 2-группа – после прохождения кривой обучения. Время предоперационной подготовки (интубация трахеи, установка ЦВК, укладка пациента) не отличалась в обеих группах. Длительность оперативного вмешательства была больше в 1 группе, во 2 группе она составила 240±40 минут. Интраоперационная кровопотеря была меньше во второй группе и составила 100±30 мл. В 1 группе у 2 пациентов поврежден правый возвратный гортанный нерв, у 1 пациента левый возвратный гортанный нерв. Пациенты активизированы на следующие сутки после операции. Наркотические анальгетики со 2 суток после операции не применялись. В п/о периоде у 2 пациентов развились пневмонии. Реоперация в связи с несостоятельностью эзофаго-гастро анастомоза потребовалась у 1 пациента, в 1 группе. Во 2 группе реопераций не было. В течение 30 суток после операции умерли 3 пациентов в 1 группе. Во 2 группе летальных исходов не было. Стриктуры анастомозов, потребовавшие эндоскопической коррекции развились у 5 пациентов, у которых эзофаго-гастро анастомоз формировался при помощи циркулярного сшивающего аппарата №23. Заключение. Минимально-инвазивная эзофагэктомия (торакоскопия-лапароскопия или торакоскопия-лапаротомия) с абдомино-медиастинальной лимфодиссекцией и одномоментной эзофагогастро пластикой является безопасной и выполнимой процедурой, позволяющей обеспечить более раннюю, в сравнении с традиционными вмешательствами, активизацию пациентов после операции, снизить количество легочных осложнений.

151.Эндоскопические технологии в детской урологии

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С.

Республика Узбекистан, г. Самарканд

Самаркандский государственный
медицинский институт

Актуальность. В настоящее время все более прочные позиции в детской урологической практике занимают эндоскопические методы диагностики и лечения. Прогресс детской эндоскопической хирургии в детской урологии идет параллельно с развитием лапароскопической хирургии взрослых. В то же время детские урологи не только адаптируют эндоскопические операции в урологии к педиатрической специфике, но и разрабатывают и внедряют в клиническую практику собственные и оригинальные эндоурологические методики. Материал и методы. За период с 2010 по 2018 гг. в отделении детской урологии 2 - клиники СамМИ были применены эндоскопические методы операции 296 пациентам. Комплексное урологическое обследование включало клинко-лабораторные исследования: рентгенологические и эндоскопические методы визуализации мочевой системы: ультрасонография, экскреторная урография, микционная цистография и цистоуретроскопия. По показаниям компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Распределение пациентов по возрасту - от 6 мес. до 3 лет – 48 (16%), от 3 до 7 лет - 59 (20%), от 7 до 12 лет – 68 (23%), и старше 12 лет – 121 (41%). Мальчиков было 168 (57%) и девочек 128 (43%). Результаты и обсуждение. Диагностическая уретероцистоскопия проведена 96 пациентам при хронических циститах и недержаниях мочи. Эндоурологические методы лечения проведены при следующих патологиях: ПМР у 49, обструктивный мегауретер у 44, камень нижней трети мочеточников у 28, врожденный гидронефроз у 43, уретероцеле у 16 (%), камень мочевого пузыря 12, клапан задней части уретры 5, полип мочевого пузыря у 3 (%) больных. Лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении коллагена производства «МИТ» (Россия) в объеме от 2 до 4 мл под устье мочеточника с использованием стандартизированной эндоскопической иглы и формированием коллагенового болюса, служащего опорой для мочеточника, стенки которого прилегают друг к

другу, обеспечивая клапанную антирефлюксную функцию, препятствующую обратному оттоку мочи. Эндоколлагенопластика уретерovesикального сегмента мочеточника выполнена 49 пациентам (58 мочеточников), из них у 9 детей с обеих сторон одновременно. Длительность вмешательства составляла 10-15 минут. Эндохирургическое лечение ОМУ и камней нижней трети мочеточника включало в себя ретроградную катетеризацию мочеточника сверх гладким проводником диаметром 0,32 дюйма на глубину 6-10 см от устья мочеточника, с последующей установкой «низкого» трансуретрального мочеточникового стента оригинальной конфигурации. В послеоперационном периоде у 42% в течении 2-3 суток отмечалась макрогематурия не требующая консервативной терапии. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при ОМУ составляла 1-3 месяцев, у пациентов с камнем нижней трети мочеточника 7-10 дней. После удаления стента при ОМУ отмечено уменьшение ретенции ЧЛС и мочеточника в 1,5-2 раза. У всех больных диагностировано улучшение функции почек. Лечение гидронефроза включало ретроградную катетеризацию лоханки проводником под ультразвуковым контролем с последующей установкой трансуретрального полиуретанового мочеточникового стента в два «свинных хвоста», длины от 6 до 14 см, диаметром 4,8-5 Ch. Длительность дренирования ЧЛС у детей с гидронефрозом составляла 1-3 месяца. При уретероцеле производилось трансуретральным рассечением, что приводило к восстановлению адекватной уродинамики и уменьшению дилатации ЧЛС и мочеточника. При клапанах задней части уретры проводилась трансуретральная резекция клапана задней части уретры детским резектоскопом. У всех больных после данной манипуляции наблюдалось восстановление адекватного мочеиспускания. При полипах мочевого пузыря проводилось трансуретральная резекция и коагуляция. При камнях мочевого пузыря малых размеров производилось цистолитотрипсия с помощью жесткого щипца с литоэкстракцией. После выписки из стационара все пациенты наблюдались амбулаторно, которое включало в себя: ультразвуковой контроль размеров собирательных систем почек, мочевого пузыря и лабораторный мониторинг анализов мочи через 1, 3, 6 и 9 месяцев после выписки из стационара. Выводы. Внедрение в детскую урологическую практику эндоскопических методов лечения показало их высокую эффективность, малую травматичность,

уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, при необходимости возможность повторных эндоскопических и хирургических вмешательств.

152. Острая кишечная непроходимость у детей, диагностика и лечение

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А.

Республика Узбекистан, г. Самарканд

Самаркандский государственный
медицинский институт

Введение. Среди ургентной хирургической патологии органов брюшной полости у детей острая кишечная непроходимость (ОКН) составляет от 1,2 до 9,4%, занимая второе место после острого аппендицита. Традиционным методом диагностики кишечной непроходимости остается рентгенологический, однако в последнее время в диагностике данной патологии все большее значение приобретает ультразвуковая сонография (УЗС). **Материал и методы.** Анализированы результаты обследования и лечения 281 детей с различными формами ОКН, пролеченных за период с 2008 по 2017 гг., в возрасте от 5 мес. до года - 24%, 1-3 года - 14%, 4-7 лет - 19%, 8-17 лет - 43%. В сроки 6-12 ч от начала заболевания поступило 24% пациентов, 12-24 ч - 22%, более 24 ч - 54%. Спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 37% детей, инвагинация - у 31%, обтурационная непроходимость - у 14%, илеус на почве дивертикула Меккеля - у 11%, паралитическая форма - у 7%. В комплекс диагностических исследований, кроме традиционных методов с 2011 года включили УЗС как основной скрининговый метод, кроме того, по показаниям проводим МСКТ. УЗС выполняем по стандартной методике на аппаратах Sono Scape SSI-5000 и Siemens Sowoline SI-450 с использованием линейного и конвексного датчиков с частотой 3,5-7,5 и более МГц и цветного доплеровского картирования (ЦДК) с оценкой состояния кровотока в стенке кишечника. **Результаты и обсуждение.** Наиболее частой формой ОКН была послеоперационная спаечная кишечная

непроходимость (СКН) - у 104 пациентов, из них 83% ранее оперированы по поводу гнойно-деструктивных форм острого аппендицита и аппендикулярного перитонита, у 17% - по поводу других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (травмы живота, кишечная непроходимость и т.д.). У 25% пациентов была ранняя СКН, у 75% - поздняя. У 16 пациентов на УЗС удавалось визуализировать сращение петли кишечника с брюшной стенкой, участок расширения диаметра кишечных петель и спавшийся участок, при исследовании в латеропозиции обнаруживались сращение петель тонкой кишки между собой. У 21% пациентов явления непроходимости кишечника купированы консервативно, 79% - выполнено оперативное рассечение спаек, из них у 12 лапароскопически. В 3-х случаях в связи с поздним поступлением произведена резекция некротизированного участка кишки с анастомозом «конец в конец». При этом на ЦДК удавалось четко определить признаки нарушения кровообращения в зоне некроза кишки. ОКН на почве дивертикула Меккеля была представлена различными вариантами заворота или сдавления участка тонкого кишечника (26), инвагинации (6). На УЗС четко визуализировались расширенные и спавшиеся петли кишечника, а в 4-случаях – даже участок заворота. Эхоэмиотика ИК в литературе описана как симптом «мишени», или «псевдопочки», являющиеся «золотым стандартом» УЗ-диагностики данной патологии, выявлены у 24 пациентов. Признаками осложненной стадии ИК являются локализация головки инвагината в левой половине брюшной полости, наличие жидкости между слоями инвагината, отсутствие кишечной перистальтики, наличие увеличенных мезентериальных лимфоузлов. Такие эхопризнаки, как отсутствие кровотока в стенках инвагината, «пассивная» толстая кишка, жидкость в брюшной полости свидетельствовали об ишемических нарушениях в инвагинате и перитоните, что подтверждено интраоперационно. Из 86 пациентов с ИК 58% проведено консервативное лечение: из них в 29 случаях - пневматическая дезинвагинация под рентгенконтролем. С 2012 года применяем гидростатическую дезинвагинацию 1,5% раствором хлорида натрия под сонографическим контролем, 24 пациента. Оперировано 45% пациентов с поздними сроками поступления и безуспешностью консервативных мер: мануальная дезинвагинация - у 26, резекция некротизированного участка кишки с созданием анастомозом - у 10, резекция с наложением илеостомы – у 3. УЗС позволяет четко

визуализировать инфильтративные и опухолевидные образования брюшной полости (11 пациентов), кистозные образования (9 пациентов), в большинстве случаев это были кисты брыжейки и сальника. Одной из форм непроходимости кишечника является обтурация его просвета аскаридами, которая также определялась на УЗС; мы наблюдали 3 случая, проведена энтеротомия с извлечением паразитов. Выводы. УЗС расширяет диагностические возможности, является высокоинформативным, неинвазивным и эффективным методом диагностики при различных формах кишечной непроходимости, позволяющим значительно сократить количество рентгенологических исследований, определить оптимальную тактику и проводить контроль эффективности лечения.

153. Хирургическое лечение резистентной к консервативной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Тарбаев И.С. (1,2), Ахматов А.М. (1),
Василевский Д.И. (1), Рутенбург Г.М. (1,3)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ
- 2) СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница"
- 3) СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Великомученика Георгия"

Актуальность. Актуальность хирургического лечения резистентной к консервативной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни определяется высокой частотой ее встречаемости и высоким риском развития пищеводных и внепищеводных осложнений. Основными принципами оперативного лечения являются восстановление естественных анатомических взаимоотношений в области хиатального отверстия и пищеводно-желудочного перехода, и создание дополнительных антирефлюксных барьеров для восстановления нормальной функции верхних отделов пищеварительного тракта. Материалы и методы. С 2012 по 2017 год в ФГБОУ ВО ПСПБГМУ

им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница" и ФГБУЗ СПб КБ РАН проходили хирургическое лечение 120 пациентов с резистентной к консервативной терапии ГЭРБ. У 112 (93 %) больных имелась хиатальная грыжа I типа (аксиальная или скользящая), у 8 (7 %) грыжа III типа - смешанная (сочетающая в себе характеристики хиатальных грыж I и II типов). Все оперативные вмешательства первоначально выполнялись лапароскопически. Во всех случаях для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы применялась задняя шовная круорофия нерассасывающимися атравматичными нитями на калибровочном зонде 45-60 Fr. У 60 (50 %) пациентов проводилось укрепление имплантатом предварительно сшитых мышечных ножек диафрагмы по методике "mesh-reinforced". Использовались протезы из "тяжелого" полипропилена, ввиду их высокой механической прочности и выраженных адгезивных свойств. Во избежание возможного контакта края протеза и стенки пищевода, сетчатые имплантаты располагались на расстоянии 2-3 мм от внутреннего края ножек диафрагмы и фиксировались герниостеплером. Обязательным компонентом являлось создание дополнительных антирефлюксных барьеров за счет фундопликации. В зависимости от состояния моторики пищевода применялись следующие методики: при нормальной сократительной способности пищевода в 6 (5 %) случаев выполнена циркулярная фундопликация на 360°, при нарушении по гипокинетическому или гиперкинетическому типу применялись "мягкие" методики - парциальные фундопликации на 270° и 180° у 74 (62 %) и 40 (33 %) пациентов соответственно. Для дополнительного снижения риска контакта пищевода с краем протеза, фундопликационная манжета располагалась между задней поверхностью пищевода и медиальным краем имплантата, где прочно фиксировалась узловыми швами нерассасывающимися атравматичными нитями. Результаты. Отдаленные результаты (6-36 мес.) прослежены у всех пациентов. Осложнений общехирургического профиля было 4 (3,3 %). В 3 (2,5 %) случаях пневмоторакс, в 1 (0,8 %) повреждение капсулы селезенки, потребовавшее конверсии. Осложнений, связанных с применением имплантатов не было. Специфические побочные эффекты встречались у 34 (28,3 %) больных: у 13 (10,8 %) - транзиторная дисфагия, у 21 (17,5 %) - метеоризм. Оба вида со временем разрешились самостоятельно. Стойкой дисфагии в послеоперационном периоде не было. Рецидив

ГПОД и ГЭРБ наблюдался у 14 (23 %) пациентов без применения имплантатов и у 4 (7 %) с применением протезов. Обсуждение. Вопрос хирургического лечения резистентной к консервативной терапии ГЭРБ до настоящего времени остается открытым. Основной проблемой в данном направлении является высокая частота рецидива. К рецидивам приводит механическая слабость тканей, образующих пищеводное отверстие диафрагмы, а также его значительные размеры. Выводы. Применение протезирующих материалов в лечении резистентной к консервативной терапии ГЭРБ является безопасным и позволяет снизить риск рецидива до 7 %.

154. Оперативная гибкая эндоскопия с туннельной диссекцией стенки пищевода

Судовых И.Е. (1), Дробязгин Е.А. (1,2)

Новосибирск

- 1) ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
- 2) ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность: Внедрение новых методов диагностики и внутрипросветных оперативных эндоскопических приемов расширяет спектр эффективных малоинвазивных вмешательств. Технически однотипный доступ с формированием туннеля в подслизистом слое и сохранением целостности слизистой оболочки над ним позволяет оперировать в пределах мышечного слоя пищевода пациентов с различной его патологией. Материал и методы: Мы выполняем туннельную диссекцию при пероральной эндоскопической эзофагокардиомиотомии (ПОЭМ) у пациентов с ахалазией пищевода и при эндоскопическом удалении субэпителиальных новообразований (СЭО) пищевода. С июня 2016 года по указанной методике прооперировано 28 пациентов с ахалазией кардии 2 – 3 – 4 стадий по классификации В.Б. Петровского, среди них 10 мужчин и 18 женщин в возрасте от 28 до 82 лет. Давность заболевания на момент операции составила от года до 23 лет. У 5

пациентов ранее выполнялась баллонная дилатация кардии. У 9 пациентов, 3 мужчин и 6 женщин в возрасте от 41 до 61 года, удалены субэпителиальные образования пищевода размером от 17 мм до 27 мм (в среднем 21мм, медиана 20мм, мода 17мм). У одного пациента СЭО располагалось в верхней трети пищевода, у пяти пациентов – в средней, в трех случаях – в нижней трети пищевода, все они локализовались в пределах подслизистого и мышечного слоев органа и исходили из слоя циркулярных мышц или вовлекали как циркулярные, так и продольные мышечные волокна. Размер СЭО в разных отделах пищевода не имел достоверных различий. Происхождение, локализация СЭО в структуре стенки органа, размеры уточнялись при эндоскопии на этапе предоперационного планирования. Дисфагия у пациентов с СЭО встречается нечасто даже когда опухоль достигает размера 20 и более миллиметров, и эти новообразования, как правило, являются случайной диагностической находкой. Однако, пациенты, осведомленные о наличии у них СЭО, как правило, настаивают на его удалении – это обуславливает отсутствие данных о длительности анамнеза СЭО пищевода. Полученные результаты: Формирование туннеля в подслизистом слое пищевода было успешным у всех пациентов. Его протяженность у пациентов с ахалазией достигала 10 – 11см, при СЭО пищевода – 8см. Особенности вмешательств являлись последующая продленная миотомия при ахалазии и диссекция опухоли стенки пищевода в условиях малого пространства подслизистого слоя при СЭО. Полный дефект мышечного слоя стенки пищевода различной протяженности во время операции наблюдался практически во всех случаях выполнения миотомии при ПОЭМ и был обусловлен диастазом рыхло расположенных волокон продольного мышечного слоя, наблюдаемым после миотомии утолщенных циркулярных мышц. Ограниченный по площади полный дефект мышечного слоя пищевода образовался и в 5 случаях удаления СЭО, исходящих из глубины мышц пищевода, у остальных пациентов лишь частично резецированы волокна циркулярного мышечного слоя. Состояние мышечного слоя пищевода неоднородно в различных группах пациентов. Толщина и плотность слоев циркулярных и продольных мышц значительно варьирует и, вероятно, зависит от многих факторов. При контрольных обследованиях в различные сроки после ПОЭМ и удаления СЭО не зафиксировано случаев нарушения просвета или функции пищевода, связанных с особенностями

оперативного вмешательства. Продленный диастаз мышечного слоя пищевода после операции по поводу ахалазии подтверждается данными эндоскопии. Обсуждение: Выполнение оперативных вмешательств с применением метода туннельной диссекции технически не вызывает существенных затруднений при формировании оперативного доступа и ушивании операционной раны слизистой оболочки. Указанный доступ к мышечному слою пищевода расширяет спектр миниинвазивных оперативных вмешательств на органе, сохраняя преимущества малой травматичности гибкой интервенционной эндоскопии. Диссоциация мукотомного доступа и зоны миотомии допускает рассечение мышц пищевода вплоть до полного дефекта мышечного слоя, обеспечивая безопасность вмешательств.

155.Эндохирургия объемных образований грудной полости у детей

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

Москва

Отделение торакальной хирургии ДГКБ №13
им. Филатова Н.Ф.

В отличие от традиционных открытых торакотомных доступов, которые обладают большой травматичностью, торакоскопическая методика является менее инвазивной за счет уменьшения площади операционного доступа. Существует ряд ограничений при эндоскопическом удалении объемных образований грудной полости (ООГП) у пациентов детского возраста: дефицит рабочего пространства из-за малого объема плевральной полости, невозможность проведения одномоментной вентиляции у детей младшего возраста, работа в условиях непрерывной дыхательной экскурсии и сердечных сокращений, высокий риск кровотечения при вовлечении крупных сосудов в патологический процесс, затрудненное извлечение злокачественных образований из плевральной полости. Данные факторы существенно затрудняют действия хирурга, повышая риск операционных

осложнений. Материалы и методы. За период с 2001 по 2018 года на базе отделения торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Филатова Н.Ф. было выполнено 174 оперативных вмешательств по поводу (ООГП). Спектр заболеваний включает следующую нозологию: бронхогенная киста - 78 (44,8%), нейрогенная опухоль - 32(18,4%). Зрелые опухоли (n=26), незрелые опухоли (невробластомы, n=6) – у детей до 3 лет. В 2 случаях, когда опухоль проросла в спинномозговой канал, проводилась совместная операция с нейрохирургом. Лимфангиома –26 (14,9%), тератома – 17 (9,7%), псевдоопухоль легкого - 9 (5,2%), дубликационная киста пищевода – 6 (3,4%), киста перикарда -2 (1,1%), гемангиома легкого -1 (0,5%), карциноид -1 (0,5%), липома -1 (0,5%), тимомы - 1(0,5%). Конверсия осуществлена в 6 (3,4%) случаев. В протоколе обследования были использованы ФЭГДС, бронхоскопия, КТ с контрастом, ЯМРТ. Выделение образований проводилось при помощи диссектора, коагулятора, ножниц, зажима. Гемостаз осуществлялся при помощи коагулятора и клипирования сосудов клипсами «Нето – Lock». В случае, когда образование локализовалась в паренхиме легкого, выполнялось радикальное удаление образования: лобэктомия – 6 (3%), пульмонэктомия – 3 (1,5%) . В одном наблюдении псевдоопухоль локализовалась в легком и стенках пищевода - выполнена пульмонэктомия, экстирпация пищевода. Летальности в данной группе не было. Длительность катамнеза составила 17 лет, при контрольном обследовании случаев рецидива заболеваний также не выявлено. Результаты. Применение эндохирургии при удалении ООГП у детей позволяет радикальное удалить ООГП с минимальной инвазией, уменьшить интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, снизить количество наркотических анальгетиков, сократить количество койко-дней, получить отличный косметический результат. Дополнительным преимуществом является возможность повторных оперативных вмешательств, при рецидиве заболевания, в том числе после открытых вмешательств. Заключение. Использование эндохирургической технологии для удаления ОБГП является альтернативой для традиционной открытой методики и может быть применяться у детей всех возрастных групп.

156. Хирургические методы лечения ГЭРБ

Стебунов С.С., Германович В.И., Глинник А.А.,
Шило Р.В.

Минск

ГУ "Минский научно-практический центр
хирургии, трансплантологии и гематологии"

Актуальность. Около 20% населения экономически развитых стран Европы и Америки отмечают типичные симптомы ГЭРБ. По частоте лапароскопические антирефлюксные операции там уступают лишь холецистэктомии. Это связано с тем, что техника таких вмешательств в настоящее время хорошо отработана и у пациентов стоит выбор, принимать пожизненно медикаментозные средства или один раз перенести лапароскопию. Особую проблему Метериалы и методы. В настоящее время мы имеем опыт выполнения различных антирефлюксных операций у 154 пациентов с 2004 года. Из них 53 мужчины и 101 женщина в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст 49.8 года). Длительность симптомов ГЭРБ от 1.3 до 20 лет (в среднем – 2.4 года). Всем пациентам для диагностики заболевания проведены рутинные методы обследования, эндоскопия, рентгенография желудка в положении Тренделенбурга, МРТ или КТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием, избирательно – суточная Рн-метрия. При этом ожирение и лишний вес встречался у 68% пациентов с ГЭРБ. Выполненные операции: фундопликация по Ниссену и Ниссену-Розетти – 88 случаев, фундопликация по Тоупе – 6, Дору – 6, фундопликация по Дору в сочетании с рукавной резекцией желудка – 7, «клапанный» СЛИВ – 35, фундопликация по Ниссену в сочетании с рукавной резекцией желудка – 2, крурорафия – 10. Результаты и обсуждения. Летальности в указанной группе пациентов мы не наблюдали. Длительность вмешательств составила от 15 минут (крурорафия) до 185 минут (фундопликация по Ниссену). Причем, время операций зависело от опыта хирурга. Так длительность первых 20 фундопликаций по Ниссену составила 150-185 минут, последних - 50-70 минут. В трех случаях при больших грыжевых дефектах мы использовали сетчатый протез (полипропиленовую сетку и сетку Просид), еще в двух случаях – биологический протез перикарда «Биокард». Натяжная пластика синтетической сеткой может быть использована при закрытии больших посттравматических и хиатальных дефектов

диафрагмы. При небольших диафрагмальных дефектах предпочтительнее применять интракорпоральный эндошов нерассасывающимся материалом. Из интраоперационных осложнений в одном случае мы наблюдали перфорацию пищевода (0.6%), пневмоторакс – 2 (1.3%) и подкожную эмфизему – 1(0.6%). Общее количество интраоперационных осложнений – 2.6%. Необходимость конверсии – 1 случай. В послеоперационном периоде из ранних осложнений наблюдали миграцию манжетки в одном случае на 2 день после операции и преходящую дисфагию в 5 случаях (3.2%). Из поздних осложнений стойкая дисфагия в 2 случаях (1.3%) и миграция манжетки в течение 1 и 11 лет после операции (рецидив грыжи) в 2 случаях (1.3%). По данным опросника отличные и хорошие результаты наблюдались через 6 месяцев у 91%, через 3 года – у 92%, удовлетворительные соответственно у 7.3% и 6.3%, неудовлетворительные у 2.1% и 1.5%. Выводы. Лапароскопические антирефлюксные операции имеют хорошие и удовлетворительные долгосрочные результаты у 98% пациентов с ГЭРБ. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену и Ниссену-Розетти является методом выбора при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и осложнениях ГЭРБ. У пациентов с ожирением во время бариатрических операций, в особенности рукавной резекции желудка, необходимо производить антирефлюксные процедуры, вид которых зависит от выраженности ГЭРБ.

157.Способ раннего профилактического лечения травматического панкреатита при сочетанной травме

*Дегтярев О. Л.(1), Демин К. А.(2),
Хамченков А. Г.(2), Гаербекон А. Ш.(2)*

Ростов-на-Дону (1), Батайск (2)

1) ФГБОУ ВО РостГМУ,
2) МБУЗ ЦГБ г.Батайск РО.

Введение. Основная причина развития ОТП, при отсутствии повреждения паренхимы ПЖ – это ишемия органа, вследствие шоковых расстройств гемодинамики. Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 469 клинических случаев пациентов с ТСТ, находившихся на лечении в ХО №1 МБУЗ ЦГБ г. Батайска РО. По результатам проведенного исследования выявлено: обобщенный ПК по ФР «травма живота» = 0,85 (абсол.) или в 85% случаев отмечаются проявления ОТП при травме органов брюшной полости. Во всех случаях выявленной травмы селезенки отмечены проявления ОТП разной степени выраженности. В нашем исследовании нет изолированной травмы селезенки. Травма органов живота с повреждением селезенки идет в комплексе травматических повреждений сочетанной шокогенной травмы. ПК ФР тр. селезенки = 1 (абс.), % ПК ФР тр. селезенки=100%. Каждого пострадавшего с ТСТ с проведенным оперативным вмешательством, включающим спленэктомию, следует рассматривать как потенциального претендента на развитие ОТП. Результаты исследования. Нами разработан - Способ интраоперационного профилактического лечения ишемических повреждений поджелудочной железы и печени при сочетанной шокогенной травме (Патент РФ № 2620496). Предложенная методика преследует цель - раннее восполнение микроциркуляторного русла панкреатобилиарной зоны и профилактирующее лечение травматически и шокогенно поврежденного микроциркуляторного русла в панкреатобилиарной зоне, лечебная ранняя профилактика прогрессирования ишемически индуцированного острого травматического панкреатита и печеночной недостаточности. Использование магистральных СА и СВ для проведения канюлирования сосудов, и выполнения регионарной (внутриартериальной и внутривенной) инфузионной терапии в объеме «операции-

реанимации» с использованием термостатированных (37°C) панкреато-гепато-эндотелиопротективных медицинских препаратов с индивидуально подобранными объемно-скоростными характеристиками реперфузионной инфузионно-трансфузионной терапии, на фоне локальной гипотермии панкреато-билиарной зоны, и с индивидуальным интраоперационным вариантом завершения методики. Группа пострадавших с травмой живота (ЗТЖ) в комплексе ТСТ, составила 40 человек. Из данной группы пострадавших сформирована основная группа (n=16), при оказании хирургической помощи была применена методика интраоперационного профилактического лечения и контрольная группа (n=24) – лечебные мероприятия проводились по общепринятой методике оказания экстренной помощи. Согласно проведенному расчету СПК ФР пострадавшие основной группы относились к категории высокой (СПК ФР = 3,5-5,77) и закономерной вероятности риска развития деструктивных форм ОТП (СПК ФР >5). Проведение интраоперационных лечебно-профилактических мероприятий позволило интраоперационно стабилизировать гемодинамические показатели, а в послеоперационном периоде патология ПЖ проявилась кратковременной ферментемией (легкая интерстициальная форма ОТП), что способствовало ранней стабилизации пациентов, позволило избежать этапных осложнений ТБ. Выводы: Разработанный способ позволяет индивидуально, интраоперационно, с учетом конкретного клинического случая, проводить раннюю комбинированную хирургическую и медикаментозную профилактику развития острого травматического панкреатита и постшоковой печеночной недостаточности.

158. Камни преткновения технологии ускоренной реабилитации в системе ОМС российского здравоохранения.

Тарасов С.Л., Лавинский Р.В., Бирюков А.В., Древаль С.В., Турченко Р.Л., Малых К.В., Ефремов Д.П.

Ижевск

ООО больница Лава.

Многообещающие результаты, fast track технологий, поднимают вопрос о необходимости изменения хирургической помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Но при внедрении протоколов fast-track в практику здравоохранения возникают определенные трудности, связанные с особенностями финансирования и контроля в системе ОМС. Материалы и методы. В хирургическом отделении «ООО «Больница Лава» с 2017 по 2018 год медицинская помощь оказана 479 пациенту. В общей сложности прооперировано 234 (48,9 %) пациентов при абдоминальных грыжах; 122 (25,5%) с варикозной болезнью нижних конечностей; выполнено 123 (25,6 %) лапароскопических холецистэктомий; Из них в системе ОМС - 396 (82,7 %) пациентов. Всего пациентами проведено 1402 койко-дня, из них 993 (70,8%) пациентами с ОМС. Средняя длительность лечения по стационару составила 2,9. Применение системы fast track способствует снижению средней длительности нахождения пациентов в стационаре. Средний койко-день у больных, пролеченных по ОМС, составил -3,2 (2017г.) – 3,5 (2018г.); по ДМС - 1,5(2017г.) – 1,6 (2018г.). Обсуждение. Пациенты, пролеченные по ОМС, более продолжительное время находятся на лечении в условиях стационара круглосуточного пребывания в 2,2 раза. Это обусловлено особенностями способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях. В соответствии с тарифным соглашением, в случае, когда длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной клинко-статистической группы (КСГ). У пациентов, пролеченных по ОМС средний койко-день составляет после флэбэктомии - 3,8; аллогерниопластики - 3,3; ЛХЭ -3,6; а по ДМС 1,5; 1,3; 1.2 соответственно. Таким образом, пациенты,

находящиеся на лечении по системе ОМС вынуждены, находится в стационаре до 4 суток. Выводы. Условия тарифного соглашения в системе ОМС абсолютно не учитывают использование fast track протоколов в лечении пациентов, что приводит к искусственному увеличению длительности пребывания больного в стационаре. Кроме того тарифы на оплату по КСГ совсем не учитывают использование современных лапароскопических технологий в лечении хирургических больных, оплата производится одинаково не зависимо от применяемых технологий. Результаты, полученные при использовании fast track технологии, вскрывают не решенные проблемы традиционной системы оплаты в ОМС, внедрение методов fast-track требует пересмотра сложившихся знаний и практических наработок.

159. Опыт лечения больных с диагнозом направления «Механическая желтуха»

*Соловьев И.А., Дымников Д.А., Суков Д.А.,
Лычев А.Б., Колодный А.В.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУВО "Военно-медицинская академия
имени С.М.Кирова"

В настоящее время неуклонно растет число больных, поступающих в стационары с входящим диагнозом «Механическая желтуха». Диагностика и лечение таких пациентов требует мультидисциплинарного подхода. Механическая желтуха (МЖ), осложняя течение основного заболевания, требует этапной билиарной декомпрессии. Наиболее благоприятным признан двухэтапный метод оперативного лечения. Целью исследования явилась необходимость оценить комплексный подход в диагностике МЖ опухолевого генеза и этапном лечении с применением различных методов декомпрессии. С 2012 по 2018 год в клинике ВМХ проходило лечение 1128 пациентов, поступивших с входящим диагнозом МЖ. У 385 больных желтуха была паренхиматозная (гепатит, цирроз и др.). У 286

больных выявлен «доброкачественный» генез МЖ (ЖКБ, стриктуры, панкреатит и др.), Проанализирован результат лечения 457 пациентов с МЖ опухолевого генеза. Использовалась классификация тяжести механической желтухи Гальперина Э.И. (2012г.) – к классу А отнесено 267 пациентов, к классу В – 153, к классу С – 37 пациентов. В зависимости от класса тяжести МЖ производилась внутригоспитальная маршрутизация пациентов. Наиболее тяжелая группа пациентов (класс С – тяжелая степень МЖ) из приемного покоя транспортировались для обследования и лечения в отделение реанимации, объем обследования и срок выполнения оперативного вмешательства решался индивидуально. Пациентам с легкой и средней степенью тяжести МЖ (класс А и В) на фоне проводимой комплексной консервативной терапии в условиях общего отделения выполнялось клиничко-лучевое обследование. Всем пациентам выполнены декомпрессионные оперативные вмешательства как первый этап хирургического лечения.

Чрескожно-чреспеченочное холангиодренирование выполнено 339 пациентам (наружное – 85; наружно-внутреннее – 254 пациентам). Чрескожно-чреспеченочная холецистостомия – 29 пациентам. Эндоскопическая декомпрессия (ЭРХПГ, ЭПСТ, стентирование) – 89 пациентам. В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия, направленная, в том числе, на профилактику развития послеоперационных осложнений (холангит, панкреонекроз, кровотечения). Количество осложнений составило 9,4% (у 43 пациентов). Наиболее частым осложнением ЧЧХД явилась дислокация дренажа, которая развилась в 17 случаях. У 8 пациентов, на фоне прогрессирования печеночной недостаточности и коагулопатии, послеоперационный период осложнился гемобилией. У 2-х пациентов на фоне инвазии опухоли в 12-перстную кишку и БСДК развилось кровотечение из области БСДК. Острый панкреатит после ретроградного стентирования холедоха возник у 10 пациентов (у 4-х протекал в форме среднетяжелого панкреонекроза, у 2-х – в виде тяжелого), после антеградного дренирования в 6 случаях (у 2-пациентов в форме средне-тяжелого панкреонекроза). Общая летальность составила 15,1% (69 пациентов). Летальность в группе пациентов, отнесенных к «классу А» составила 6,3% (17 пациентов), к «классу В» – 18,3% (28 пациентов), к «классу С – 64,8% (24 пациента). После купирования признаков механической желтухи и органной недостаточности (печеночно-почечной), решался вопрос об операбельности и выбирался

вариант окончательного хирургического лечения. Радикальное хирургическое лечение было выполнено 84 пациентам (18,4%). 32 пациентам (7%) при лапаротомии принято решение об отказе от радикальной операции с формированием билиодигестивных анастомозов. В 73 случаях (15,9%) окончательным вариантом хирургического лечения явилось стентирование нитиноловыми стентами. Таким образом, оценка тяжести механической желтухи позволяет определить объем и сроки диагностических исследований, сроки выполнения оперативного вмешательства, что позволяет оптимизировать алгоритм лечения пациентов с синдромом механической желтухи. Эндобилиарные вмешательства, устраняя механическую желтуху, обеспечивают регресс интоксикации и органной недостаточности, позволяя подготовить пациента к последующей плановой операции, а в ряде случаев становятся окончательным методом лечения.

160. Антирефлюксные процедуры у пациентов с ожирением

*Стебунов С.С., Германович В.И., Глинник А.А.,
Шило Р.В.*

Минск

ГУ "Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии"

Актуальность. Последнее время наличие ожирения и лишнего веса приобретает угрожающий характер в большинстве развитых стран. Известно, что ожирение является одним из факторов развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). По статистике у пациентов с ожирением в 68% случаев встречается ГЭРБ. Более того, ряд современных бариатрических операций имеют также высокий процент развития ГЭРБ в послеоперационном периоде. Материал и методы. Мы имеем опыт выполнения 360 современных лапароскопических бариатрических вмешательств. Из них 142 регулируемых бандажирований желудка, 135 рукавных резекций желудка (СЛИВ-резекций), 30 «классических» гастрощунтирований

по РУ, 28 минигастрощунтирований желудка, одна операция SASI, 10 гастропликаций, 10 гастропликаций с резекцией дна желудка (оригинальная запатентованная методика), 4 илеощунтирования. В этой группе оперированных пациентов в послеоперационном периоде в разные сроки после операции проведен опрос на предмет выявления ГЭРБ с помощью опросника GERD-Q. Результаты и обсуждения. По данным опроса послеоперационный рефлюкс встречался у 27% пациентов, перенесших рукавную резекцию желудка, 24% после лапароскопического бандажирования желудка и 100% после гастропластики. По нашему мнению и по данным литературы, в первом случае это связано с разрушением угла Гиса и повышением давления в желудке, во втором и третьем случаях – с повышением давления в малом и ушитом желудочке. Шунтирующие операции не имели таких побочных эффектов. Так, после классического шунтирования рефлюкс наблюдался у 6% пациентов, после минигастрощунтирования – всего у 4% пациентов. Учитывая полученные данные, нами разработана следующая тактика и профилактические меры для уменьшения количества случаев рефлюкса после операций у пациентов с ожирением. При выявлении ГЭРБ и грыж ПОД у пациентов, готовящихся к бариатрической операции, выбор склонялся к одной из шунтирующих операций. Все пациенты, которым предстояло бариатрическое вмешательство, проходили тестирование с помощью опросника GERD-Q, в обязательном порядке производили эндоскопическое исследование, КТ с пероральным контрастированием, по показаниям – рентгенографию желудка. Для случаев, когда пациенты по различным соображениям отказывались от шунтирующих операций при выявлении клиники ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы, а также при подтверждении расширения пищеводного отверстия диафрагмы во время операции, нами разработаны и выполнялись дополнительно различные антирефлюксные процедуры. Передняя крурорафия была выполнена в 10 случаях, методика Дор-Слив в 9 случаях, Ниссен-СЛИВ в 2 случаях. Учитывая высокий процент ГЭРБ после гастропластики, нами была разработана оригинальная методика пликации желудка с резекцией его дна. Начиная с 2018 года рутинно в клинике выполняется модифицированная методика «клапанного» СЛИВА (34 случая). Методика предполагает оставление небольшого участка дна желудка при резекции с последующим

погружением этого участка с помощью полукисетного шва в виде своеобразного «клапана». С момента исполнения данной тактики профилактики ГЭРБ по данным опроса выявлен только один случай послеоперационного рефлюкса у оперированных пациентов (2%). Выводы. У пациентов с ожирением необходимо проводить профилактику ГЭРБ, а при наличии соответствующей клиники, недостаточности кардии и данных за грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, отказываться от некоторых бариатрических операций в пользу шунтирующих методик. Выполнение специальных антирефлюксных процедур во время рукавной резекции и бандажирования желудка позволяет снизить вероятности и уменьшить количество случаев ГЭРБ до 2%.

161. Сравнительный анализ методов морфологической верификации билиарной обструкции.

*Шевченко В.П. (1, 2), Зинатулин Д.Р. (1, 2),
Налетов В.В. (2), Умяров Р.Х. (1, 2), Еремеев В.А. (1),
Редькина М.А. (1), Макаров Н.В. (1).*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И.Евдокимова
Минздрава России
- 2) ГБУЗ ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ

В настоящее время существует несколько методов забора материала для морфологической верификации генеза билиарной обструкции: аспирационная цитология, браш-биопсия, эндобилиарные биопсийные щипцы, перкутанная биопсия и пункционная биопсия при эндоскопической ультрасонографии. Однако, выбор оптимального метода забора материала остается спорным. Материалы и методы. Выполнен анализ 182 попыток морфологической верификации генеза билиарной обструкции у больных с подозрением на злокачественный генез обструкции по результатам МСКТ и/или МРТ брюшной полости. Все больные разделены на 3 группы в зависимости от метода забора материала: первая группа – выполнялась

антеградная внутривенная биопсия, вторая группа – антеградная браш-биопсия, третья – ретроградная щипцовая биопсия. В первую группу вошли 126 больных в возрасте от 37 до 89 лет, средний $70,5 \pm 16,6$ лет, мужчин 69 (55%), женщин – 57 (45%), у которых при предоперационном обследовании установлен (по данным мультиспиральной компьютерной томографии и/или магниторезонансной томографии) опухолевый генез билиарной обструкции: опухоль головки поджелудочной железы – 68, опухоль желчных протоков – 30, БДС – 6, метастатическое поражение гепатодуоденальной связки – 22 больных. Во вторую группу вошли 35 больных в возрасте от 37 до 89 лет, средний $72,1 \pm 18,3$ лет, мужчин 21 (60%), женщин – 14 (40%), опухоль головки поджелудочной железы – 18, опухоль желчных протоков – 10, БДС – 3, метастатическое поражение гепатодуоденальной связки – 4 больных. В третью группу вошли 21 больной в возрасте от 59 до 86 лет, средний $75,8 \pm 12,4$ лет, мужчин 13 (62%), женщин – 8 (38%), опухоль головки поджелудочной железы – 13, опухоль желчных протоков – 5, БДС – 3 больных. Результаты и обсуждение. В первой клинической группе опухолевый генез морфологически подтвержден у 113 больных, общая чувствительность метода составила 89,7%. Чувствительность при опухолях головки поджелудочной железы 91,2%, желчных протоков – 96,7%, БДС – 66,7%, метастатическом поражении гепатодуоденальной связки – 81,8%. Во второй клинической группе опухолевый генез морфологически подтвержден у 19 больных, общая чувствительность метода составила 54,3%. Чувствительность при опухолях головки поджелудочной железы 55,6%, желчных протоков – 70%, БДС – 33,3%, метастатическом поражении гепатодуоденальной связки – 25%. В третьей клинической группе опухолевый генез морфологически подтвержден у 13 больных, общая чувствительность метода составила 61,9%. Чувствительность при опухолях головки поджелудочной железы 69,2%, желчных протоков – 20%, БДС – 100%. Суммарное время выполнения биопсии (учитывая выполнение не менее 6 заборов биоптата для морфологического исследования) в первой группе составило от 8 до 15 минут, среднее – 11,6 минут; во второй группе – от 7 до 16 минут, среднее – 13,9 минут; в третьей – от 5 до 25 минут, среднее – 11,7 минут. Осложнений связанных не посредственно с выполнением биопсии не выявлено. Заключение. Идеальный метод для получения ткани для морфологической верификации генеза билиарной обструкции должен

быть простой, безопасный и эффективный с высокой чувствительностью и специфичностью. В нашем исследовании мы пришли к выводу, что наибольшую чувствительность метод антеградной внутрипротоковой биопсии имеет при опухолевом поражении головки поджелудочной железы и желчных протоков, эндоскопическая щипковая биопсия наиболее чувствительна при опухолевом поражении зоны БДС, выполнение браш-биопсии, при наличии возможности выполнения других видов забора материала для морфологического исследования, не целесообразно ввиду низкой чувствительности метода. Также целесообразно брать не менее 5-7 участков ткани как с поверхности стриктуры, так и из ее толщи.

162.Миниинвазивные технологии в лечении постнекротических кист поджелудочной железы.

*Праздников Э.Н. (1), Шевченко В.П. (1, 2),
Зинатулин Д.Р. (1, 2), Фархат Ф.А. (1),
Налетов В.В. (2), Умяров Р.Х. (1, 2),
Хоптяр М.С. (1), Редькина М.А. (1),
Романенко О.А.(1).*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И.Евдокимова
Минздрава России
- 2) ГБУЗ ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за 3 десятилетия прирост заболеваемости составил 200%. В настоящее время тактика лечения при псевдокистах поджелудочной железы продолжает оставаться одним из труднейших разделов хирургии. Наиболее оптимальным методом лечения является внутреннее дренирование кист, однако данные операции сопровождаются высоким процентом осложнений и травматичностью, что требует разработки новых миниинвазивных методов внутреннего дренирования. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 41 больного с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Все больные были разделены на 2

клинические группы: первая группа больные, которым выполнялась миниинвазивная перкутанная цистогастростомия, вторая группа – лапароскопическая цистогастростомия после наружного дренирования кист поджелудочной железы. Первую группу составили 22 больных в возрасте от 39 до 49 лет, средний возраст $45,2 \pm 8,2$ лет, размер кисты от 40 до 110 мм, средний $68,3 \pm 10,2$ мм. Первую группу составили 19 больных в возрасте от 38 до 77 лет, средний возраст $59,5 \pm 6,3$ лет, размер кисты от 35 до 95 мм, средний $58,9 \pm 8,8$ мм. Результаты Средняя длительность операции в первой группе составила $12 \pm 3,4$ мин, интраоперационная кровопотеря – минимальная, послеоперационный койко-день $12 \pm 3,2$ суток, госпитализации в реанимационное отделение больным данной клинической группы не потребовалось. Послеоперационные осложнения выявлены у 4 (18%) больных: 1 – кровотечение из передней стенки желудка (остановлено медикаментозно), воспалительные изменения в области стояния трансгастрального дренажа – 3 больных. Летальных исходов в данной клинической группе не наблюдалось. Рецидив кистозного образования у 1 (4.5%) больного через 6 месяцев после удаления дренажа из просвета желудка. Длительность операции во второй группе составила от 40 до 85 минут, среднее $60 \pm 18,6$ мин, интраоперационная кровопотеря не превышала 50 мл, послеоперационный койко-день от 6 до 21 дней, средний $14 \pm 4,3$ суток, госпитализация в реанимационное отделение потребовалась 12 больным, средний реанимационный койко-день составил $1,33 \pm 0,25$ суток. Послеоперационные осложнения выявлены у 3 (16%) больных: 1 – кровотечение из зоны анастомоза (остановлено консервативно), острый панкреатит – 2 больных. 1 (5,2%) летальный исход на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности у больного с хронической экзогенной интоксикацией. У одного больного отмечались явления анастомозита с рецидивом кисты поджелудочной железы, на фоне консервативной терапии явления анастомозита купированы. Заключение: Миниинвазивная перкутанная цистогастростомия у больных с псевдокистами поджелудочной железы является технически выполнимым, эффективным и достаточно безопасным методом хирургического лечения больных с данной патологией, показавшим относительно невысокие показатели осложнений и летальности. Метод является альтернативой традиционным методам хирургического лечения больных и обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств, что позволяет

выполнять хирургическое лечение как больным с неотягощенным анамнезом, так и больным с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционно-анестезиологическим риском.

163. Повторные операции в бариатрической хирургии

*Шило Р.В., Стебунов С.С., Глинник А.А.,
Германович В.И., Авлас С.Д.*

Минск

ГУ "Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии"

Актуальность. В настоящее время во всем мире выполняется большое количество бариатрических операций. Однако несмотря на отличные отдаленные результаты таких бариатрических операций, в послеоперационном периоде может возникнуть необходимость повторных вмешательств по ряду причин. Данные национальных реестров из Швеции, Великобритании и России показывают, что 3-8% процедур являются вторичными бариатрическими операциями и до 17-20% в отчетах других стран (Объединенные Арабские Эмираты, Нидерланды). Эта работа сообщает об нашем опыте проведения повторных бариатрических операций. Материал и методы. Объектом исследования послужили данные 141 пациента, 34 (24,1%) мужчин и 107 (75,9%) женщин, которым были проведены бариатрические операции, выполненные за период 2015-2018 гг. Гастропликация составила 19%, рукавная резекция желудка – 56%, регулируемое бандажирование желудка – 19%, минигастрошунтирование – 5%, «классическое» гастрострошунтирование по Ру – 6%, другие – 10%. Средний возраст пациентов составил $38,6 \pm 11,1$ лет. Из них 38 (27,1%) пациентов страдали ожирением 1 степени, 34 (24,1%) пациентов ожирением 2 степени и 63 (44,7%) пациентов ожирением 3 степени, соответственно. У 70 (49,6%) пациентов был выявлен метаболический синдром. Масса пациентов варьировалась от 73 кг до 230 кг и средний индекс массы тела составил 40,9. В

зависимости от исходных данных пациентам были выполнены различные ревизионные лапароскопические операции. Одна (0,71%) операция потребовала конверсии на лапаротомию. За время наблюдения летальность составила 0%. В течение нескольких лет после лапароскопического бандажирования желудка (26 пациентов) у 3 (11,5%) пациентов бандаж был удален, 1 (3,8%) пациенту производилась коррекция положения бандажа из-за его смещения, также был удален бандаж у 1 пациента, которому бандажирование желудка выполнено в другом центре. Удаление бандажа с последующей рукавной резекцией желудка произведено 2 пациентам, бандажирование проводилось в других клиниках. После перенесенной СЛИВ-резекции желудка (79 пациентов) по причине развития гастроэзофагеальной рефлексной болезни 1 (1,26%) пациенту выполнены передняя крурорафия с гастрострошунтированием, также из-за неадекватной потери веса 1 пациенту выполнено минигастрошунтирование, отметим, что первая операция была выполнена в другой клинике. Результаты и обсуждения. Во многих исследованиях используется термин «повторная бариатрическая операция», другие применяют термин «ревизионная бариатрическая хирургия». Повторные бариатрические операции разделены на следующие категории: ревизионные, конверсионные и реверсионные операции. Ревизионные операция не изменяют анатомию после проведенного хирургического вмешательства (например, повторное бандажирование желудка, продольная резекция желудка). Обычно эти процедуры выполняются из-за послеоперационных осложнений и при возврате веса. Также при неадекватной потере веса или восстановлении веса наиболее часто применяются конверсионные процедуры. Данные операции представляют собой изменение структурной анатомии первичной операции в другой тип операции. Примерами являются переход от чисто ограничительной хирургии до мальабсорбтивных операций. Наконец, реверсионные операции означают отмену первичного вмешательства, как правило, с восстановлением исходной анатомии (например, удаление желудочного бандажа, восстановление анатомии после желудочного шунтирования). Восстановление веса после хирургического вмешательства может быть опасным для пациента, так как многие из связанных с ожирением сопутствующих заболеваний, которые разрешаются с потерей веса, могут вернуться. Этиология восстановления веса считается многофакторной,

включая дооперационный индекс массы тела (ИМТ), пищевые привычки, психическое здоровье и анатомические изменения, такие как дилатация резидуального желудка, расширение желудочно-кишечного анастомоза. Применение повторных бариатрических операций в большинстве случаев позволяет усилить или возобновить эффект потери веса.

164. Коррекция дисфагии при ахалазии глотки и пищевода: эндоскопическая миотомия

Судовых И.Е. (1), Дробязгин Е.А. (1,2)

Новосибирск

- 1) ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
- 2) ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность: Пациенты с дисфагией на уровне глоточного и нижнего пищеводного сфинктеров в связи с их ахалазией нуждаются в своевременной эффективной коррекции для восстановления качества жизни и предупреждения прогрессирования неблагоприятных анатомических и функциональных последствий и осложнений. Материал и методы: Эндоскопически чреспросветно прооперировано 28 пациентов (18 женщин, 10 мужчин) с ахалазией кардии и 29 пациентов (16 женщин, 13 мужчин) с глоточно-пищеводными дивертикулами Ценкера. Возраст пациентов варьировал от 28 до 86 лет. Эзофагокардиомиотомия при ахалазии выполнялась передним и задним доступом с туннелированием подслизистого слоя и последующей циркулярной миотомией пищевода с переходом на желудок. При дивертикулах Ценкера выполняем дивертикулосептомиотомию с использованием гибкого дивертикулоскопа или дистального колпачка на эндоскопе, рассекая пертневидно-глоточную мышцу с дубликатурой слизистой оболочки в устье дивертикула. Срок послеоперационного наблюдения пациентов после указанных эндоскопических вмешательств достигает 30 месяцев. Особые случаи эффективного

выполнения эндоскопической миотомии – ахалазия пищевода 4 стадии по В. Б. Петровскому у двух пациентов, воздерживающихся от экстирпации пищевода, ахалазия у пациентки 82 лет с сопутствующим проксимально расположенным дивертикулом пищевода и дивертикул Ценкера размером 55мм у пациента 86 лет с пневмонией и нарушением мозгового кровообращения. Полученные результаты: Благодаря эндоскопическому оперативному вмешательству дисфагия нивелирована у всех пациентов (Eckardt symptom score менее 3, dysphagia score 0 – 1). Восстановление пассажа содержимого по пищеводу подтверждается данными контрольной рентгеноскопии с контрастом, выполненной в различные сроки после операции. Скорость эвакуации содержимого зависит от характера и степени предшествующих изменений пищевода. Наилучшие результаты достигнуты у пациентов с сохраненной пропульсивной моторикой пищевода при начальных стадиях ахалазии пищевода по В. Б. Петровскому и при дивертикулах Ценкера небольших размеров. Анатомически после эндоскопических вмешательств может сохраняться деформация стенки пищевода на уровне дивертикула Ценкера с полулунным контрастированием его дна и расширение просвета органа с его осевой девиацией при ахалазии. Обсуждение: При адекватной селекции пациентов эндоскопическая миотомия эффективно нивелирует ахалазию сфинктеров глотки и пищевода, восстанавливая пассаж пищи. Кроме того, за счет малой травматичности вмешательств у ряда пациентов преклонного возраста, пациентов с тяжелой сопутствующей патологией или иных обстоятельствах, препятствующих выполнению более травматичных операций эндоскопическая коррекция может являться методом выбора купирования дисфагии даже при глоточно-пищеводных дивертикулах больших размеров и выраженной деформации и расширении пищевода при ахалазии.

165. Ближайшие результаты комбинированного лечения больных неоперабельными метастазами рака в печень с использованием селективной химиоэмболизации артерий печени

*Лебедев Д.П. (1,2), Астахов Д.А. (1,2),
Иванов Ю.В. (1,2), Кедрова А.Г. (2),
Панченков Д.Н. (1,2).*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО “Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова” Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 2) ФГБУ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских т

Актуальность. Около 80% пациентов с метастазами в печень имеют нерезектабельное поражение печени и нуждаются в паллиативной помощи. Без специфической терапии эти больные живут в среднем 3-5 месяцев. Существуют единичные работы посвященные анализу эффективности применения методов интервенционной радиологии такого как химиоэмболизация печеночной артерии с применением лекарственно насыщаемых микросфер в сочетании с применением современных схем химиотерапии. Учитывая вышеизложенное, весьма актуальным представляется изучение результатов рентгеноэндоваскулярных методик и наиболее эффективных их сочетаний в лечении нерезектабельных злокачественных опухолей печени. Необходимо оценить ближайшие результаты комбинированного лечения у пациентов с неоперабельным метастатическим раком печени различных первичных локализаций в сочетании с селективной химиоэмболизацией артерий печени. Материалы и методы. В период с января 2015 года по ноябрь 2018 года 25 пациентам было проведено 32 процедуры артериальной химиоэмболизации с использованием насыщенных лекарственными средствами микросфер в рамках лечения метастатического рака различной первичной локализации. Было 11 мужчин (возраст от 52 до 81 года, в среднем 66,5) и 14 женщин (возраст от 43 до 78 лет, в среднем 60,5). В 10 случаях использовался доступ к бедренной артерии, а в 15 случаях - доступ по лучевой артерии. У 22 пациентов один флакон НераSphere (в 14 случаях насыщенный 50 мг, в 13 случаях 75 мг доксорубина и 5 случаев 100 мг

иринотекана) вводился совместно в печеночных артериях. Трем пациентам потребовалось введение двух флаконов микросфер. Результаты. Во всех случаях химиоэмболизация дополняла продолжающееся системное лечение, в результате чего удалось добиться стабилизации процесса в течение периода от 30 дней до 371 дня (наблюдение продолжается). Клинический эффект на ноябрь 2018 года: в виде стабилизации процесса у 11 пациентов (44,0%), у 3 пациентов (12,0%) наблюдалась частичная клиническая регрессия, у 3 пациентов полная регрессия (12,0%), у 8 пациентов (32,0). % умер от прогрессирования заболевания. Медиана выживаемости не достигнута. В 7 случаях артериальная химиоэмболизация проводилась дважды с интервалом 62, 153, 197, 296, 310, 329 и 371 день. Вывод и рекомендации. Метод артериальной химиоэмболизации печени с помощью микросфер, насыщенных лекарственными средствами, позволяет оказывать глубокое цитотоксическое воздействие на метастазирование рака в печени, улучшая непосредственные результаты лечения, что проявляется в регрессии и стабилизации опухолевого процесса.

166. Оценка эффективности и выявление осложнений бариатрических операций с помощью мультиспиральной компьютерной томографии

*Крученюк И.Ю., Алешкевич А.И., Стебунов С.С.,
Глинник А.А., Германович В.И.*

Минск

ГУ "Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии"

Актуальность. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) является одним из ведущих современных методов визуализации, позволяющих вовремя выявить возникшие осложнения, как ранние, так и отдаленные, и оценить результаты хирургического лечения. МСКТ является наиболее информативным методом для исследования данных пациентов, т.к. большая масса тела и

количество подкожной жировой клетчатки снижает точность и затрудняет проведение других методов медицинской визуализации, таких как рентгенологическое исследование и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде компьютерная томография позволяет выявить различные осложнения, наиболее острые из которых - несостоятельность анастомоза, кишечная непроходимость, абсцессы и жидкостные затёки в брюшную полость, тромбоз глубоких вен, грыжи живота, в т.ч. и внутренние грыжи, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, расширение пищевода, инфекции области хирургического вмешательства и др. Материал и методы. В период с июня 2014г по август 2018г в клинике было проведено 170 различных видов бариатрических операций с целью снижения массы тела у пациентов, страдающих ожирением 1-3 степени. В исследование включены 37 пациентов - 11 мужчин (30%) и 26 женщин (70%), в возрасте от 18 до 64 лет, медиана возраста 42 года (36-52), которым выполнили различные виды бариатрического хирургического лечения: 19-ти пациентам (51,4%) была проведена слив-резекция желудка, 13-ти (35,1%) – минигастрошунтирование, одному (2,7%) – гастропликация, одному (2,7%) – шунтирование желудка с гастроеюноанастомозом по Ру, троим пациентам (8,1%) было проведено комбинированное хирургическое лечение. Во время бариатрического хирургического вмешательства двоим пациентам также была выполнена холецистэктомия, одному пациенту – передняя крурорафия, одному – грыжесечение пупочной грыжи. Для диагностики послеоперационных осложнений пациентам этой группы проводилась МСКТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием по стандартным протоколам (аппарат Toshiba Aquilion One 640). Параметры сканирования: толщина среза - 1 мм, матрица изображения - 512x512, напряжение на трубке - 120 кВ, сила тока - 100 мАс. С помощью постобработки КТ-данных на рабочей станции также проводилась волюметрия культи желудка, оценка состояния анастомозов и внутренних органов, оценка количества подкожно-жировой клетчатки для дальнейшего сравнения в позднем послеоперационном периоде и оценки результатов лечения в будущем. Результаты и обсуждение. Из включенных в исследование 37 пациентов 31 пациенту было проведено одно КТ-исследование в раннем послеоперационном периоде, 3 пациентам – два КТ-исследования, двоим – 4 КТ-исследования, одному – 5 КТ-исследований. У 7 пациентов были

выявлены ранние послеоперационные осложнения: у 3 пациентов после слив-резекции желудка и после гастропликации была выявлена несостоятельность зоны ушивания желудка, причем из них у одного пациента – с формированием неполного желудочного свища, кишечного свища, с инфицированным затеком переднебоковой брюшной стенки и брюшной полости, перитонитом и инфицированием области хирургического вмешательства, у второго пациента - с перфорацией культи желудка и разлитым серозно-фибринозным перитонитом, у третьего пациента - с перфорацией культи желудка, разлитым фибринозно-гнойным перитонитом и плевритом с выпотом слева. У одного пациента после минигастрошунтирования были выявлены синдром приводящей петли и инфицирование области хирургического вмешательства. У 3 пациентов после слив-резекции желудка и после комбинированного хирургического лечения были выявлены гематома или жидкостное скопление парагастрально без признаков несостоятельности зоны ушивания желудка. Также у 2 пациентов в послеоперационном периоде были выявлены грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, которые не были диагностированы до операции и интраоперационно. 4 пациентам из семи по поводу осложнений было проведено повторное оперативное вмешательство. Выводы. Ранний послеоперационный период после бариатрического хирургического лечения опасен развитием жизнеугрожающих осложнений, которые должны быть вовремя диагностированы. Самым частым и самым грозным осложнением является несостоятельность зоны ушивания желудка, что влечет за собой, в большинстве случаев, повторное оперативное вмешательство. МСКТ на сегодняшний день является эталонным методом исследования, позволяющим комплексно оценить анатомические особенности каждого человека, выявить сопутствующие заболевания и вовремя диагностировать ранние послеоперационные осложнения.

**167. Перспективы оптимизации платформы
герниологического реестра**

*Ахметов А.Д. (2), Кащенко В.А. (1,2),
Лодыгин А.В. (1,2)*

Санкт-Петербург

1. Санкт-Петербургский
Государственный Университет
2. ФГБУЗ ФМБА РФ «Клиническая больница 122
имени Л.Г. Соколова ФМБА России»

Целью работы стал анализ первичных результатов работы герниологического реестра Hernia-Lab, первая рабочая версия которого была представлена в 2016 году. Оригинальная разработка основывалась на анализе четырех герниологических реестров: немецкого Herniamed, шведского, датского и бельгийского EuraSH. В реестре учитывались 6 нозологических форм: паховые, бедренные, пупочные, эпигастральные, послеоперационные вентральные грыжи, паракоштомические грыжи и грыжи пищевода и отверстия диафрагмы. Под каждую форму были разработаны и запротоколированы в электронном виде индивидуальные регистрационные карты. Данные реестра включали: персональные данные, контактную часть, статус пациента на момент операции, виды операции, особенности операции, характеристики протезов и шовного материала, послеоперационный период, осложнения и повторные вмешательства. Данные вносились через удобную платформу-сайт с одноименным названием Hernia-lab. Для оценки работы реестра были определены 3 информативных индикатора его работы: индикатор структуры (статистические данные о пациентах, типах операции, демографические данные), индикатор процесса (полнота и корректность заполнения таблиц), процент потерянных случаев и индикатор непосредственных результатов. Последний включал учет рецидивов и осложнений. В работе реестра приняли участие хирурги 11 клиник. В течение года было внесено 650 пациентов, большинство из которых оперированы по поводу паховой грыжи. При наличии несомненных плюсов в дизайне выявлены следующие недостатки при эксплуатации реестра: - недоработанный механизм администрирования, - недостаточные функциональные возможности базы для статистической обработки, - жесткая структура базы данных без возможности расширения функций.

Низким оказался индекс наблюдения при высоком показателе потерянных случаев. Проанализировав полученные данные, группой экспертов принято решение о создании 2 версии реестра. За основу в качестве ядра взята разработка «Национального Бариатрического реестра». Внесены конструктивные изменения, учтены минусы предыдущей версии. Все данные перенесены в новый регистр (карты пациентов, пользователей, статьи и отчеты). Таким образом, первый опыт работы начальной версии герниологического реестра выявил ряд проблем, затрудняющих активное внедрение платформы в практическую деятельность. Применение новой версии реестра позволит расширить функциональные возможности пользователей, вести открытую статистику с эталонным тестированием, осуществлять более удобный процесс регистрации пользователей, что создает предпосылки для более широкомасштабного внедрения реестра в крупных центрах.

**168. Опыт применения TAPP в условиях
Стационара кратковременного пребывания**

*Бедин В.В., Якомаскин В.Н., Полянский В.Л.,
Логинов К.А., Кованцев С.Д.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина, ДЗ г. Москвы,
Российская Федерация

Актуальность. Лапароскопическая герниопластика в настоящее время начали применяться в стационарах кратковременного пребывания во всем мире, что позволяет в наиболее ранние сроки выписать пациента под амбулаторное наблюдение. СКП Боткинской больницы – один из стационаров пилотного проекта ДЗ города Москвы - является первым СКП по профилям, оказывая хирургическую, гинекологическую, оториноларингологическую, урологическую и травматологическую помощь населению города Москвы с выпиской пациента одним днем. Цель. Оценить эффективность работы СКП по профилю «Хирургия» на примере выполнения лапароскопической герниопластики:

ТАРР. Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи произведен анализ проведенной работы в период с 2016 по 2018 гг. За данный период пролечено 330 пациентов, с паховыми грыжами, из них 275 мужчин и 55 женщин в возрасте от 18 до 82 лет, средний возраст составил 48,8 года. По поводу односторонней паховой грыжи выполнено 308 операций, по поводу двухсторонней 22. За исследуемый период было выполнено 208 операция ТАРР и 122 операций по Лихтенштейну. По поводу левосторонней паховой грыжи было выполнено 108 операций, правосторонней 200, по поводу двусторонней паховой грыжи выполнено 22 операций. Доступ осуществлялся из типичных точек. Брюшина вскрывалась во всех случаях монополярными ножницами. Устанавливалась полипропиленовая сетка размерами 10х15 см. Последняя фиксировалась герниостеплером 5 мм, в 220 случаях пластиковыми герниостеплером и в 82 случаях металлическими, в 28 случаях устанавливалась самофиксирующая сетка. Брюшина ушивалась моноволоконным синтетическим нерассасывающимся стерильным хирургическим шовным материалом Prolene 2-0 с атравматической иглой. Результаты. Как показало наше исследование, осложнения отсутствовали в 97,7% случаев (203 пациента) при операции ТАРР и 94,3% случаев (115 пациентов) при операции Лихтенштейн. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде отмечался у 3 человек (1,4%) после операции ТАРР и 6 (4,9%) после операции Лихтенштейн, которым сетка фиксировалась металлическим степлером. В этой группе пациентов болевой синдром был купирован в течение 3-5 дней нестероидными противовоспалительными препаратами. У остальных пациентов болевой синдром не был отмечен. У 2 пациентов (0,9%) отмечались послеоперационные гематомы после операции ТАРР и у 1 пациента (0,8%) был отмечен послеоперационный инфильтрат. В исследуемой группе за данный период отсутствовали случаи послеоперационного рецидива грыж. Выводы. Лапароскопическая герниопластика в условиях стационара кратковременного пребывания является методом выбора для лечения пациентов с паховыми грыжами. При фиксации полипропиленовой сетки предпочтение следует отдавать герниостеплерам с пластиковыми клипсами, что позволяет избежать выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде.

169. Современный подход в лечении ахалазии кардии

*Гасанов А.М., Тарабрин Е.А., Даниелян Ш.Н.,
Квардакова О.В., Христофорова Е.А.*

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы

Цель исследования: Оценка эффективности пероральной эндоскопической миотомии у пациентов с ахалазией кардии. Материал и методы исследования: за последние 2 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского госпитализировано 48 пациентов с диагнозом ахалазия кардии. Пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) выполнена 17 пациентам, из них 13 мужчин и 4 женщин. Возраст пациентов колебался от 23 до 80 лет. В исследуемую группу включены пациенты, которым выполнена ПОЭМ. Все пациенты были госпитализированы в стационар с жалобами на дисфагию. При госпитализации выполнялось рентгенконтрастное исследование пищевода и эзофагогастродуоденоскопия. Для оценки характера изменений моторики пищевода выполняли эзофагоимпедансометрию высокого разрешения (HRM). HRM выполнялась в другом лечебном учреждении, проведена 10 пациентам, результаты оценивались по Чикагской классификации (CC V. 3.0). В 7 наблюдениях HRM не была проведена в связи с техническими трудностями. Всем пациентам ПОЭМ выполнялась под эндотрахеальным наркозом. В одном наблюдении в связи с рецидивом ахалазии пациенту повторно выполнена ПОЭМ. Результаты исследования. При рентгенконтрастном исследовании пищевода диагноз ахалазия пищевода 1 стадии (по классификации В.Б. Петровского 1962 г.) установлен 1 пациенту, 2 стадии - 5 пациентам, 3 стадии - 7 больным и в 4 наблюдениях - 4 стадия. У одного пациента с 4 стадией ахалазии кардии выявлен дивертикул в грудном отделе пищевода. HRM выполнена 10 пациентам. У одного пациента с 4 стадией ахалазии при попытке выполнить импедансометрию высокого разрешения не удалось завести зонд за нижний пищеводный сфинктер, в 6 наблюдениях пациенты отказались от исследования по разным причинам. Первый тип ахалазии (по Чикагской классификации CC V. 3.0) выявлен у 5 пациентов, 2 тип - у 4 больных, 3 тип в одном наблюдении. У 10 пациентов в анамнезе имелись неоднократные

баллонные дилатации (более 3 раз). В двух наблюдениях в анамнезе была выполнена эзофагокардиомиотомия с фундопликацией, в том числе у 1 пациента проведена реконструкция фундопликационной манжеты. У 5 пациентов с ахалазией 1,2 и 3 типа в предоперационном периоде эндоскопических методов лечения не выполнялось. ПОЭМ стандартным методом выполнена 13 пациентам, подслизистый тоннель был сформирован по передне-правой стенке на 10 см выше уровня кардиоэзофагеального перехода. У 4 больных подслизистый тоннель выполнен по передне-левой стенке в связи с ранее перенесенными операциями на пищеводе, в том числе пациент которому ранее выполняли ПОЭМ по правой стенке. Клинический эффект оценивали по шкале Eckardt, средний балл до операции составил $9,6 \pm 0,4$, в раннем послеоперационном периоде $2,8 \pm 0,2$, что доказывает эффективность эндоскопического лечения ахалазии кардии. Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что пероральная эндоскопическая миотомия является эффективным, миниинвазивным современным методом лечения пациентов с ахалазией кардии.

170. Оценка эффективности иммунонутритивной поддержки в контроле системного воспаления после гастрэктомии

*Евсеев М.А., Устименко А.В., Владыкин А.Л.,
Никитин В.Е., Клишин И.М.*

Москва

ФГБУ "Клиническая больница №1 (Волынская)"
УДП РФ

Актуальность. Несмотря на имеющуюся в настоящее время техническую возможность выполнения резекций практически любого объема по поводу местнораспространенного онкологического процесса, непосредственные результаты операций во многом определяются качеством периоперационной коррекции гомеостаза и, прежде всего, проведением адекватной нутритивной поддержки. Известно, что операции

большого объема закономерно сопровождаются развитием системной воспалительной реакции (СВР), лежащей в основе развития потенциально возможных локальных и системных осложнений. В настоящее время существует реальная возможность синхронного обеспечения компенсации нутритивного статуса и нивелирования системной воспалительной реакции проведением пациентам послеоперационной иммунонутритивной поддержки с включением в ее состав γ -3 жирных кислот с доказанным противовоспалительным действием. Для оценки влияния жировых эмульсий, содержащих γ -3 жирные кислоты, на выраженность послеоперационного системного воспаления было предпринято настоящее исследование. Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование были включены 33 пациента обоего пола (средний возраст $57,2 \pm 6$ лет), подвергнутые вмешательству в объеме гастрэктомии D2+ традиционным и лапароскопическим доступом. В группе из 19 пациентов в течение 4 суток ближайшего послеоперационного периода осуществлялось парентеральное введение официального белково-углеводно-электролитного раствора в системе «два в одном» в сочетании с 400 мл жировой эмульсии MCT/LCT с γ -3 жирными кислотами («Липоплюс 20»). В группе из 14 пациентов в течение 4 суток ближайшего послеоперационного периода осуществлялось парентеральное введение официального белково-углеводно-электролитного раствора с жировой эмульсией MCT/LCT в системе «три в одном» («Нутрифлекс Липид 70/180»). Пациентам обеих групп проводилось исследование концентрации в периферической крови цитокинов TNF- γ , IL-6 и IL-4 на 2, 5 и 8 сутки послеоперационного периода. Референсными значениями концентрации цитокинов в крови считали: для TNF- γ 1,3 пг/мл, для IL-6 38 пг/мл, для IL-4 1,9 пг/мл. Проведено сопоставление количества локальных и системных послеоперационных осложнений между обеими группами. Результаты. При оценке динамики плазменной концентрации цитокинов было выявлено, что уровень TNF- γ и IL-6 у пациентов, получавших жировые эмульсии с γ -3 жирными кислотами был во всех случаях достоверно ($p < 0,01$) ниже, чем у пациентов, получавших только жировые эмульсии MCT/LCT на 2 – 5 – 8 сутки, пг/мл (для TNF- γ : $2,1 \pm 0,5$ – $1,8 \pm 0,1$ – $1,2 \pm 0,3$ vs. $3,9 \pm 1,2$ – $2,6 \pm 1,3$ – $2,1 \pm 0,4$; для IL-6: $67,1 \pm 4,2$ – $44,1 \pm 5,1$ – $35,1 \pm 4,6$ vs. $109,2 \pm 7,1$ – $71,4 \pm 8,3$ – $52,6 \pm 1,2$; для IL-4: $2,3 \pm 0,9$ – $2,5 \pm 0,1$ – $2,1 \pm 0,3$ vs. $4,9 \pm 1,3$ – $4,1 \pm 0,6$ – $3,2 \pm 1,1$ соответственно). Доля пациентов с локальными и системными осложнениями

ближайшего послеоперационного периода в группе, получавшей жировые эмульсии с γ -3 жирными кислотами была достоверно ниже, чем в группе, получавшей только жировые эмульсии МСТ/LCT: 5,2% vs. 7,2% ($p<0,05$) и 5,2% vs. 14,2% ($p<0,01$). Выводы. Выявленное в настоящем исследовании снижение плазменной концентрации провоспалительных цитокинов (TNF- α и IL-6) и реципрокное снижение концентрации противовоспалительного цитокина IL-4 подтвердило факт снижения выраженности СРР в ответ на операционную травму. Клиническим подтверждением эффективности применения жировых эмульсий с γ -3 жирными кислотами явилось достоверное снижение на фоне их использования локальных и системных послеоперационных осложнений.

171. Послеоперационная боль и длительность госпитализации при хирургическом лечении диафрагмальных грыж: сравнение эндоскопической и традиционной операций

*Темежникова Л.А.(1), Поздеев С.В.(2),
Тарабукин А.В.(1), Мизгурёв Д.В.(1,2)*

Архангельск

- 1) Государственное бюджетное учреждение Архангельской области «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е. Е. Волосевич»
- 2) ФГБОУ ВО Северный Государственный Медицинский Университет

Актуальность: Внедряемые на современном этапе способы эндохирургической коррекции патологии передней брюшной стенки изучены недостаточно. Актуальным является исследование различных аспектов применения новых способов пластики. Цель исследования – оценка интенсивности послеоперационной боли и продолжительность пребывания в стационаре у пациентов после эндохирургического лечения диафрагмальных грыж в сочетании с пупочной грыжей, в сравнении с традиционной операцией. Материал и

методы. Проводится одноцентровое проспективное исследование «случай-контроль», представляемые результаты являются промежуточными. Видеоскопическая тотальная экстраперитонеальная пластика (e-TEP) выполнена за период с апреля по декабрь 2018 г. у 22 (61,1%) больных (основная группа). Группу сравнения составили 11 (38,9%) пациентов, которым было выполнено традиционное грыжесечение и устранение диафрагмы с установкой сетчатого имплантата. Средний возраст пациентов 56,1 года (медиана 57,5, 95% ДИ 52,4-59,9). Традиционное вмешательство включает в себя грыжесечение и устранение диафрагмы прямых мышц с подапоневротической пластикой сетчатым полипропиленовым протезом «sublay». Эндоскопическое вмешательство включает в себя инфуляцию углекислого газа под прямую мышцу с ее полной отслойкой от заднего листка, далее по медиальному краю прямой мышцы вскрывается задний листок на всем протяжении и в предбрюшинном пространстве происходит отслойка до медиального края контрлатеральной прямой мышцы, задний листок которой также вскрывается на всем протяжении, мышца отслаивается до латерального края. Диафрагма ушивается 2 непрерывными швами с углов полипропиленом 1/0 с подшиванием пупка, нити затягиваются и фиксируются по оригинальной методике (заявка на изобретение №2018124157) на апоневрозе. В ретромускулярное пространство вводится полипропиленовый протез соответствующего размера, укладывается без фиксации. Оценивали длительность стационарного лечения и выраженность послеоперационной боли на 1 и 3 сутки после операции с помощью числовой шкалы боли (ЧШБ, McCaffery, 1993) и лицевой шкалы боли (ЛШБ, Comparative Pain Scale Chart). Сравнение переменных проводили с помощью двухвыборочного критерия Колмогорова-Смирнова (SPSS 17.0). Результаты: В основной группе средний балл выраженности боли по ЧШБ в 1 сутки составил 3,1 (медиана 3,0; 95%ДИ 2,4-3,6), в группе сравнения 4,6 (медиана 4,5; 95%ДИ 4,1-5,2), различия значимы ($p=0,043$), на 3 сутки – 2,0 (медиана 2,0; 95%ДИ 1,5-2,5), в группе сравнения 3,3 (медиана 3,0; 95%ДИ 2,7-3,9), различия значимы ($p=0,03$). При оценке по ЛШБ в 1 сутки интенсивность боли составила 2,8 балла (медиана 3,0; 95%ДИ 2,2-3,4), в группе сравнения 4,3 (медиана 4,5; 95%ДИ 3,4-5,2), $p=0,058$. На 3 сутки средний балл в основной группе 1,6 (медиана 1,0; 95%ДИ 1,1-2,1), в группе сравнения 2,6 (медиана 3,0; 95%ДИ 1,9-3,4), различия не значимы ($p=0,234$). Койко-день в основной группе составил 4,6 (медиана 4,0; 95%ДИ 4,1-5,2), в группе сравнения

7,1 (медиана 7,0; 95%ДИ 5,8-8,5), различия значимы ($p=0,01$). Обсуждение: Шкала ЧШБ демонстрирует значимо меньшую выраженность послеоперационной боли как на первые, так и на третьи сутки после операции. Выявленные различия в интенсивности боли по шкале ЛШБ не столь велики, что может быть связано с небольшим объемом выборки. Выводы: Выраженность послеоперационной боли после эндохирургической коррекции диастазы прямых мышц живота в сочетании с пупочной грыжей была значимо меньше по сравнению с традиционными вмешательствами при оценке по шкале ЧШБ. Требуется увеличение статистической мощности исследования и дальнейшее изучение результатов миниинвазивных вмешательств. Длительность стационарного лечения при эндоскопической операции была значимо меньше по сравнению с традиционной методикой. Рекомендации: Эндохирургическая коррекция диастазы прямых мышц живота в сочетании с пупочной грыжей представляется перспективной методикой, позволяющей улучшить качество жизни в послеоперационном периоде, уменьшить сроки пребывания в стационаре.

172. Комбинированное лапаро- и колоноскопическое восстановление толстокишечной проходимости при длинной культе толстой кишки

Андреев А. Л.

Санкт-Петербург

Клиника Скандинавия

В Клинике Скандинавия основным методом восстановления проходимости толстой кишки после операции Гартмана является лапароскопический. При этом, сшивающий аппарат вводится в культи прямой кишки через анус, а его головка через проксимальную часть толстой кишки, после отсечения колостомы. У трёх пациентов после обструктивной резекции толстой кишки по Гартману с длинной культёй сигмовидной кишки применили комбинированный лапаро- и колоноскопический

метод восстановления толстокишечной проходимости. Показаниями к проведению такого метода были длинная, извитая культи сигмовидной кишки, диаметром меньше сшивающей части аппарата. Метод заключается в том, что головка сшивающего аппарата проводится в культи кишки ретроградно с помощью колоноскопа, а сам аппарат через колостому. После формирования толстокишечного циркулярного анастомоза, колостому отсекали линейным сшивающим аппаратом. Значимых интра- и послеоперационных осложнений не было. Выводы. Комбинированный лапаро- и колоноскопический метод восстановления толстокишечной проходимости после операции по Гартману расширяет возможности малоинвазивной хирургии у этой сложной категории пациентов.

173. Классическая операция HAL-RAR как пациент ориентированный метод малоинвазивного лечения геморроидальной болезни.

Давидович Д.Л.

Москва

Многопрофильный медицинский центр Мед-Ютас

Актуальность: Геморроидальная болезнь в развитых странах приобретает характер эпидемии, поражая лиц молодого трудоспособного возраста. В то же время всё большее распространение получают современные малоинвазивные технологии, предлагающие альтернативу традиционным высокотравматичным операциям и не требующие длительной послеоперационной реабилитации. Цель работы: Оценить возможности селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией непрерывным швом (классическая операция HAL-RAR) в условиях современного пациент ориентированного подхода в лечении геморроидальной болезни. Материалы и методы: С февраля 2017 по январь 2019 года лечение геморроидальной болезни методом селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией было

выполнено у 220 пациентов. Из них - 133 женщин и 87— мужчин. Средний возраст составил 44 года. Все оперативные вмешательства были выполнены под локально-регионарной анестезией 40.0-70.0 мл раствором Наропина 0.5% (комбинация местного введения и ишиоректальной и пресакральной блокады) в условиях стационара кратковременного пребывания.

Результаты: Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 30 минут. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания пациента в медицинском учреждении составляла 120 минут. Все операции выполнялись по стандартной технологии с использованием однотипного оборудования. У 83 пациентов по данным предоперационного осмотра была диагностирована II стадия геморроидальной болезни, у 125 пациентов – III стадия, и у 12 пациентов – IV стадия. В качестве оперативного пособия у пациентов была выполнена селективная доплер-контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией, то есть лифтингом пролабирующей слизистой непрерывным швом (классическая операция HAL-RAR). Интраоперационных особенностей и осложнений отмечено не было. В послеоперационном периоде все пациенты находились под динамическим наблюдением с контрольными осмотрами через 7-9 дней и через 6-8 недель после вмешательства. Каких-либо значимых послеоперационных осложнений отмечено не было. У 12 пациентов в первые несколько суток была отмечена клиника усиления периферического ано-копчикового болевого синдрома, который, как правило, имелся до оперативного вмешательства и эффективно купировался приёмом анальгетиков центрального действия. У 16 пациентов при контрольном осмотре через 7-9 дней после вмешательства был отмечен тромбоз 1 или 2 внутренних геморроидальных узлов, в данном случае местное лечение гепарин содержащими противовоспалительными суппозиториями было эффективно у всех пациентов. Срок послеоперационного наблюдения составил от 3 до 19 месяцев. Случаев полного рецидива геморроидальной болезни отмечено не было, у 4 пациентов наблюдались явления резидуального пролапса слизистой без клинических проявлений геморроидальной болезни, ещё у 5 пациентов – периодическое отделение помарок крови на фоне тугого плотного стула. Заключение: Селективная доплер-контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией непрерывным швом (классическая

операция HAL-RAR) является эффективным и безопасным способом лечения геморроидальной болезни различных стадий, сохраняющим высокое качество жизни в раннем послеоперационном периоде и может быть предложена как метод «первого выбора» в условиях стационара краткосрочного пребывания.

174. Первый колоректальный онкорегистр

*Павленко А.Н. (1), Черниковский И.Л. (2),
Давлетшина В.В. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) Клиника высоких медицинских технологий им.Н.И.Пирогова СПбГУ
- 2) Московская городская онкологическая больница 62

В течение последних 10 лет в России наблюдается неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком, который занимает одно из первых мест в структуре онкологических заболеваний. В настоящее время создан и проходит тестирование Первый онкологический колоректальный регистр. В рамках пилотного проекта планируется участие не более 10 медицинских клиник. Целью колоректального онкорегистра является оценка безрецидивной выживаемости как основного показателя качества хирургии, оценка 3-хлетней и 5-летней выживаемости. Задачами пилотного проекта являются оценка эффективности колоректального онкорегистра, его управляемость и оценка комплаентности со стороны участников. Основные отличия от популяционных канцер-регистров: 1) краткость и ориентация на хирургические результаты лечения: непосредственные и отдаленные с оценкой влияния на них качества хирургии; 2) независимый аудит полноты и качества внесенных данных; 3) видео- и фото-фиксация макропрепарата и лигированных магистральных сосудов. Опросник включает в себя не более 40 вопросов и первая оценка результатов будет выполнена через 2 года. Частота аудита не менее 4-х раз (каждые полгода). Вопросы собраны в 5 блоков: 1) паспортная часть с указанием контактных

номеров родственников/близких, отметки о согласии пациента по поводу регистра; 2) медицинские сведения, включающие название стационара, локализацию опухоли, дату, характер и тип операции; 3) предоперационное стадирование, включающее объем обследования; 4) послеоперационные данные, состоящие из стадии TNM, гистологического заключения (разделены на аденокарциномы, плоскоклеточные карциномы и другие гистотипы), наличия осложнений III-IV по Clavien-Dindo и наличия адъювантной терапии; 5) наблюдение в послеоперационном периоде через 6, 12, 18 и 24 месяца. В объем контрольных обследований входят колоноскопия, КТ, МРТ (только для прямой кишки), анализы крови на РЭА, наличие местного и системного рецидива. Рецидив опухоли в первые 2 года послеоперационного наблюдения является косвенным признаком качества проведенной операции. В настоящее время формируется онлайн статистика введенных данных. Среди первых 100 пациентов в половине случаев локализация опухоли в прямой кишке (50%), в сигмовидной кишке составило 27% (27 из 100), и в слепой кишке - 8% (8 из 100). В прямой кишке чаще встречалась опухоль в верхних отделах, соответственно в верхнеампулярном отделе - 40% (20 из 50), в среднеампулярном - 34% (17 из 50) и в нижнеампулярном отделе 26% (13 из 50). Распределение по полу равномерно с незначительным преобладанием мужчин (51%). Все операции были выполнены планово (100%). Среди операций наиболее часто выполнялись резекция сигмовидной кишки 25% (25 из 100), резекция прямой кишки с ТМЭ 23% (23 из 100), резекция прямой кишки с ПМЭ 19% (19 из 100), гемиколэктомия справа 18% (18 из 100). А также было выполнено 9 брюшно-промежностных экстирпаций и 6 левосторонних гемиколэктомий. По стадии TNM чаще всего опухоли встречались третьей стадии - 63% (63 из 100) и второй - 16% (16 из 100), по стадии N половина случаев приходилась на N0 - 53% (53 из 100), и на первую стадию N - 28% (28 из 100; среди которых T1a-17,9% /5 из 28/, T1b-42,9% /12 из 28/ и T1c-39,3% /11 из 28/). По стадии M большинство без метастазов 92% (92 из 100). По гистологическому исследованию 98% приходилось на аденокарциномы 98% (98 из 100). Достоверный анализ послеоперационного наблюдения в стадии формирования. Участие в регистре добровольное и подразумевает согласие на внесение полноценных данных. Продолжается набор клиник для участия в пилотном проекте колоректального регистра.

175. Комплексный подход к индукции репаративного процесса у больных сахарным диабетом

*Зайцев П.П., Власов А.П., Григорьев А.Г.,
Давыдкин В.И., Шейранов Н.С., Власова Т.И.*

Саранск

МГУ им. Н.П.Огарева

Актуальность. Важнейшей проблемой хирургии до сих пор остается поиск и разработка способов уменьшения раневых осложнений и улучшения репаративного процесса. Одним из значимых успехов в этом направлении – антибиотикопрофилактика. Ее повсеместное применение в значительной степени сократило количество гнойно-некротических осложнений со стороны ран, что позволило существенно улучшить результаты лечения больных, особенно в ургентной хирургии. Однако такой подход не решает проблему оптимизации репаративного процесса, ибо его вектор направлен не на индукцию регенерации, а на профилактику раневой инфекции. Известно, что при замедлении темпа заживления тканевых структур вероятность осложнений со стороны раны повышается, причем даже на фоне антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Поэтому поиск индукторов регенерации остается в центре внимания и современной хирургии. Нами разрабатывается новый подход в этом направлении, в основу которого положена концепция совершенствования репаративного процесса за счет купирования факторов, негативно влияющих на репаративный процесс. Материал и методы. Проведены клинико-лабораторные исследования у 38 больных сахарным диабетом, которые оперированы по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости. Выделены группы: первая (n=20) больным в раннем послеоперационном периоде проводилась стандартизированная терапия; вторая (n=18) – лечение включало лазеротерапию и ремаксол. В течение 5 суток раннего послеоперационного периода ежедневно проводили сеансы лазеротерапии с применением аппарата «Матрикс», используя головку КЛОЗ (излучение с длиной волны 635 нм, мощностью 2 мВт). Выполняли транскутанное облучение крови в проекции кубитальной вены в течение 15 минут. В этот период выполняли внутривенные ежедневные вливания ремаксолола (400,0 мл), который обладает

гепатопротекторным, антиоксидантным и антигипоксантами действием. Производили оценку эндогенной интоксикации, микроциркуляции с помощью аппарата ЛАКК-02, выполняли лабораторные тесты по установлению выраженности окислительного стресса. Процесс заживления тканей лапаротомной раны определяли по цитологическому исследованию раневого экссудата, редокс-потенциалу (окислительно-восстановительному потенциалу). Результаты Клинико-лабораторно установлено, что заживление тканей лапаротомной раны у больных сахарным диабетом, перенесших хирургические вмешательства по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости, протекал замедленно с пролонгацией воспалительной фазы. При исследовании раневого экссудата в ранние сроки после операции отмечено повышенное количество нейтрофильных лейкоцитов, снижение регенеративно-дегенеративного индекса (соотношение нормальных и дегенеративных форм нейтрофилов) и количества тканевых полибластов. Это происходило на фоне выраженного нарушения (на 26,8–46,2 %) микроциркуляции по линии швов и снижения (на 9,3–28,5 %) редокс-потенциала регенерирующих структур. В раннем послеоперационном периоде у больных установлены выраженные расстройства гомеостаза, в частности эндогенная интоксикация, окислительный стресс, что, безусловно, не могло не влиять на репаративный процесс. На фоне комплексной терапии заживление ран протекало по другому сценарию. При цитологической оценке раневого экссудата установлена сравнительно быстрая смена фазы воспаления на репаративную. При этом по линии швов зарегистрировано улучшение (на 11,3–24,3 %) микроциркуляции и биоэнергетики тканей. Подчеркнем, что при комплексной терапии у больных происходило снижение выраженности эндогенной интоксикации и окислительного стресса. Количество раневых осложнений уменьшилось на 34,5 %.

**176. Презентация реестра пациентов
посттравматических стриктур желчных протоков
www.pbds.info**

*Курмансеитова Л.И. Хатъков И.Е. Кулезнева
Ю.В. Ефанов М.Г. Цвиркун В.В. Байчоров
Э.Х. Патрушев И.В.*

Москва. Ставрополь

ГБУЗ Московский Клинический Научный центр
им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения
города Москвы Клиника эндоскопической и
малоинвазивной хирургии Ставропольского
государственного медицинского университета

«Национальный реестр пациентов с посттравматическими стриктурами желчных протоков» – разработанная программа мониторинга пациентов с рубцовыми посттравматическими стриктурами желчных протоков и оценки отдаленных результатов различных видов оперативных вмешательств. Основными задачами реестра являются: 1. Объективизация причин рубцовых билиарных стриктур. 2. Анализ результатов различных способов их коррекции. 3. Разработка единой многовариантной тактики ведения больных с рубцовыми билиарными стриктурами. Реестр состоит из следующих основных частей: 1. Форма введения первичной информации о пациенте; 2. Форма введения данных об первичной операции, повлекшей за собой стриктуру желчных протоков; 3. Форма оперативных вмешательств, направленных на восстановление проходимости желчных протоков, которое было выполнено ранее; 4. Перечень госпитализаций, во время которых выполнены оперативные вмешательства, направленные на лечение стриктуры; 5. Система наблюдения отдаленных результатов; 6. Система мониторинга сроков наблюдения и напоминания о необходимости проведения наблюдения; 7. Система отчетности основных показателей по данным реестра; 8. Система экспорта информации, хранящейся в базах данных, для статистической обработки стандартными средствами (Microsoft Excel); 9. Система администрирования Реестра; 10. Система редактирования форм. Форма введения первичной информации о пациенте содержит идентификационную информацию о пациенте, о течении основного заболевания и данных анамнеза. Форма введения данных об операции индивидуальна для каждого вида операции –

традиционной (реконструктивной), эндоскопической, рентгенохирургической. В том числе возможно размещение файлов с изображениями результатов лучевых методов диагностики и лечения. Форма введения данных отдаленного наблюдения и состояния желчных протоков отражает динамику изменения по таким исследованиям, как лабораторные показатели, УЗИ, МР-холангиография, динамическая гепатосцинтиграфия и КТ органов брюшной полости с болюсным контрастированием. Система мониторинга сроков наблюдения позволяет отслеживать время, прошедшее с момента последней госпитализации или от последнего наблюдения, и напоминать о необходимости проведения очередного наблюдения в установленные сроки. Система экспорта информации необходима для сохранения информации, хранящейся в базах данных Реестра, в виде, позволяющем применять для статистического анализа наиболее распространенные программы. Реализован экспорт в табличный формат XLS. Система редактирования форм дает возможность перевести отчетность в графическую форму, что позволяет проводить анализ результатов лечения в зависимости от вида операции. Широкое участие хирургического сообщества в программе Реестра позволит создать мощную информационно-аналитическую базу, необходимую как для повседневной практической работы, так и для проведения мультицентровых научных исследований. Опыт, полученный при создании Реестра, может быть в последующем использован и для оценки результатов лечения в других областях хирургии.

177. Варианты расстройств в коагуляционно-литической системе при механической желтухе неопухолевого происхождения

*Власов А.П., Маркин О.В., Шейранов Н.С.,
Аль-Кубайси Ш-А.С., Власова Т.И., Кузнецов В.С.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. В ургентной хирургии количество больных механической желтухой неопухолевого происхождения неуклонно растет. Безусловно, цепь патогенетических событий при этой патологии в первую очередь определена степенью поражения печени. Застой желчи может приводить к дегенеративной деструкции и функциональной недостаточности гепатоцитов, а в последующем органной недостаточности, в том числе и ее координации за состоянием системы гемостаза. С другой стороны, отсутствие желчи в кишечнике вызывает мальабсорбцию жирорастворимых витаминов, которые входят в состав факторов свертывания крови, что вносит свой «вклад» в трансформацию состояния этой системы. Несомненно, модификация коагуляционно-литической системы зависит от выраженности поражения печени, что сопряжено с давностью болезни. Нами проведена оценка состояния системы гемостаза при механической желтухе неопухолевого происхождения в зависимости от тяжести болезни. Такого рода сведения весьма важны для современной хирургии в разделе адекватной подготовки больных перед оперативным вмешательством и ведением их в раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных МЖ, причиной которой явился холедохолитиаз, стриктура терминального отдела холедоха, хронический панкреатит. Выделены: первая – легкая степень тяжести; вторая – тяжелая степень механической желтухи. Пациентам после предоперационной подготовки выполнялись следующие операции: холедохолитотомия, при стриктуре (сдавлении) терминального отдела гепатокхоледоха – внутреннее шунтирование (холедоходуодено- или холедохоеюностомия). До и после операции оценивали состояния системы гемостаза (показатели тромбоэластографии, биохимические данные – активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген), микроциркуляцию. Результаты. Оценка степени

тяжести механической желтухи проведена по шкале APACHE II. Сумма баллов в первой группе составила $3,9 \pm 0,3$, во второй – $11,1 \pm 0,6$. Выявлено, что при механической желтухе неопухолевого происхождения возникают существенными нарушениями в системе гемостаза и дисмикроциркуляторные явления, которые зависели от тяжести желтухи. У больных легкой степени тяжести болезни по лабораторным и инструментальным данным изменения гемостатических показателей указывали на повышение активности (на $14,3\text{--}29,5\%$) свертывающей способности крови при сохраненной фибринолитической активности. У пациентов механической желтухой тяжелой степени зарегистрированы снижение (на $9,6\text{--}14,7\%$) гемокоагуляционной активности и угнетение (на $7,3\text{--}16,2\%$) фибринолитической способности. При оценке состояния микроциркуляции установлено ухудшение всех исследованных ее показателей. Причем при тяжелой степени механической желтухи они снижались в большей степени. Немаловажным для хирургии является факт, что у больных механической желтухой неопухолевого происхождения в первые сутки после операции изменения исследованных показателей, по сравнению с исходом (до операции), были достоверно более выраженными, особенно в первой группе пациентов. В целом полученный фактический материал может явиться основой для выработки осмысленного лечебного алгоритм.

178.Эндоскопическое ретроградное стентирование главного панкреатического протока в лечении пациентов с заболеваниями панкреатобилиарной области

Белик Б.М. (1), Коробка В.Л. (2), Толстомятов С.В. (2), Абдурагимов З.А. (1, 3), Анисимов А.Б. (2, 3), Усаткин А.А. (3), Родаков А.В. (1)

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
- 2) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,
- 3) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. В настоящее время все большее место в лечении пациентов с доброкачественными обструктивными заболеваниями органов панкреатобилиарной области, сопровождающихся грубыми изменениями главного панкреатического протока (ГПП), находят эндоскопические чресспиллярные вмешательства (ЭЧПВ) и в первую очередь – ретроградное панкреатическое стентирование. Главным образом это касается деструктивного панкреатита, пусковым механизмом которого является панкреатическая гипертензия (ПГ), приводящая к разрыву протока поджелудочной железы (ПЖ), аутолизу ее ткани и забрюшинной клетчатки. Подобные патогенетические механизмы действуют также и при развитии воспалительно-деструктивных осложнений хронического панкреатита вследствие формирования стриктур ГПП с развитием ПГ либо нарушения целостности протоковой системы ПЖ и поступления панкреатического секрета за пределы органа с образованием наружных и внутренних панкреатических свищей. Цель исследования: оценить возможности и клиническую эффективность стентирования ГПП в комплексном лечении пациентов с заболеваниями панкреатобилиарной области. Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 48 пациентов с патологией органов панкреатобилиарной области, в лечении которых применялось стентирование ГПП. У 14 (29,2%) пациентов отмечался острый билиарный панкреатит, обусловленный холедохолитиазом с вклиниванием конкремента в большой дуоденальный сосочек (БДС), у 7 (14,6%) – острый постманипуляционный панкреатит после

выполнения ЭЧПВ, у 13 (27,1%) пациентов имелись стриктуры ГПП на разном его уровне (у 3 пациентов – сочетание стриктуры ГПП с вирсунголитиазом) на фоне хронического панкреатита и у 4 (8,3%) – наружные панкреатические свищи, возникшие после хирургического лечения заболевания или повреждения ПЖ. Еще у 10 (20,8%) пациентов стентирование ГПП осуществляли с целью профилактики острого панкреатита после выполнения ЭЧПВ (при «трудной» канюляции устья БДС и проведении атипичной эндоскопической папиллосфинктеротомии - ЭПСТ). Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включая лабораторную диагностику, УЗИ брюшной полости, мультиспиральную компьютерную томографию с болюсным контрастированием, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), в ряде наблюдений – магнитно-резонансную томографию в режиме МРХПГ. При проведении ЭЧПВ использовали стандартные эндоскопические инструменты, включая канюляционные катетеры, струны-проводники, папиллотом Демлинга, корзинку Dormia, проводники и толкатели. Для панкреатического протезирования использовали стандартные рентгеноконтрастные пластиковые стенты типа pig-tail (диаметр стента - 4–10 Fr, длина – от 3 см до 6-7 см) с боковыми отверстиями и крыльями фиксаторами. После выполнения канюляции устья БДС и проведения ЭРХПГ оценивали состояние желчевыводящих путей. При наличии холангиолитиаза и /или рубцового папиллостеноза осуществляли ЭПСТ и литоэкстракцию, после чего переходили к стентированию ГПП. При необходимости перед панкреатическим стентированием осуществляли вирсунготомию, бужирование и/или баллонную дилатацию стриктуры ГПП, а при вирсунголитиазе - эндоскопическую литэкстракцию под рентгенологическим контролем. Результаты и обсуждение. Основной целью эндоскопического вмешательства на ГПП при остром деструктивном панкреатите считали декомпрессию и обеспечение оттока из панкреатического протока, ликвидацию ПЖ, что способствовало «обрыву» или уменьшению объема панкреонекроза. После установки стента отмечали обильное поступление в просвет кишки панкреатического секрета. У этой категории пациентов удаление стента производили после купирования явлений острого панкреатита, ликвидации гиперAMILаземии и регресса жидкостных скоплений брюшной полости (как правило, через 5-7 суток с момента стентирования). При хроническом панкреатите, обусловленном обструкцией ГПП, и панкреатических свищах стент

выполнял две основные задачи: создавал временный каркас, предупреждающий рецидив стриктуры, а при повреждении протоковой системы ПЖ закрывал дефект стенки ГПП. В этом случае сроки удаления стента варьировали от 3-4 недель до 12-14 месяцев. Из 21 пациента с острым панкреатитом после стентирования ГПП лишь в одном наблюдении (при вклинении конкремента в БДС) отмечалось прогрессирование панкреонекроза с летальным исходом. В остальных наблюдениях отмечен отчетливый регресс клинико-лабораторных признаков острого панкреатита. Из 10 пациентов, которым производили стентирование ГПП с профилактической целью, лишь в одном случае развился тяжелый острый постманипуляционный панкреатит, потребовавший пребывания больного в реанимационном отделении и выполнения дополнительных хирургических вмешательств. У остальных пациентов отмечалась транзиторная гиперAMILаземия без выраженного болевого синдрома. Из 13 пациентов с хроническим панкреатитом после стентирования ГПП у 10 отмечали клиническое улучшение (снижение болевого синдрома, увеличение массы тела, улучшение питания). Из 4 пациентов с наружными панкреатическими свищами в 2 наблюдениях наступило выздоровление. У 2 больных отмечено формирование псевдокист ПЖ, что потребовало выполнения эндоскопической цистогастротомии. Выводы. Эндоскопическое стентирование ГПП является эффективным методом комплексного лечения пациентов с заболеваниями панкреатобилиарной области. Вместе с тем его применение возможно лишь при наличии строгих показаний и тщательного отбора пациентов для выполнения вмешательств на ГПП.

179. Лапароскопия при лечении больных острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом и холангитом

*Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В.,
Жилин С.А., Муминов К.Д., Тиунова Е.А.,
Пашков В.А.*

Великий Новгород

ГБОУЗ Центральная городская
клиническая больница

Цель. Улучшение результатов лечения больных с осложнёнными формами желчно-каменной болезни, за счет комбинированного использования миниинвазивных технологий (лапароскопический, эндоскопический метод, в условиях рентген хирургической операции). Материалы и методы. С 2015 по 2018 годы оперировано 1223 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 100 лет, среди них лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1145 больных (93,6%). Сочетание острого холецистита с наличием камней во внепеченочных желчных протоках с явлениями механической желтухи и холангита выявлено у 146 (11,9%) больных. Средний возраст больных с холедохолитиазом составил 72 года. Для купирования желтухи и холангита в 84 случаях мы использовали лапароскопический доступ для санации желчных протоков. Сущность методики состоит в одномоментном использовании лапароскопического подхода к холедоху, с ревизией просвета последнего с помощью гибкого эндоскопа-холедохоскопа, в условиях операционной, оснащенной мобильной рентген хирургической системой типа С-дуга. Диагностический минимум до операции «экспертное» УЗИ брюшной полости и развернутое лабораторное исследование. Показанием к применению лапароскопического подхода являлись следующие дооперационные критерии: наличие единичных конкрементов в холедохе диаметром свыше 10 мм; низкая вероятность успешной ретроградной эндоскопии с папиллосфинктеротомии и литоэкстракцией; отсутствие противопоказаний для лапароскопии. Результаты. Лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с лапароскопической холедохотомией ревизией и литоэкстракцией из желчных путей выполнена у 71 больных, что составило 84%. При этом у 68 больных операция была завершена дренированием общего желчного протока по Керу.

У 6 больных (7 %) произведена конверсия доступа вследствие технических трудностей, и невозможностью лапароскопической литоэкстракции. В 3-х случаях, после литоэкстракции был наложен прецизионный шов на холедох, без дренирования протока. До операции этим больным была выполнена ЭПСТ, однако эндоскопическая литоэкстракция была безуспешной. У 7 больных (7,5%) при выявлении мелких камней в гепатикохоледохе (1–3 мм) и диаметре его менее 8 мм выполнено лапароскопическое дренирование общего желчного протока по Пиковскому. В последующем у больных выполнены ретроградные эндоскопические вмешательства на общем желчном протоке с хорошим результатом. Все осложнения, которые возникли в послеоперационном периоде условно можно разделить на ранние и поздние. В раннем послеоперационном периоде зарегистрировано 9 (10,7%) осложнений. При этом в большинстве случаев (7 человек) они проявились в виде желчеистечений по страховочному дренажу, у 3-х больных потребовалась релапароскопия, с дополнительным наложением швов на холедохотомическое отверстие. Единичные осложнения перфорация толстой кишки, острый панкреатит. В позднем послеоперационном периоде осложнения возникли у 4-х больных (4,7%). Все они были связаны с удалением дренажа Кера из протока с развитием картины желчного перитонита. Во всех случаях для купирования этого осложнения проведена релапароскопия с ушиванием желчного свища, санацией и дренированием брюшной полости. Летальный исход отмечен в четырех случаях (4,7%) Неблагоприятный исход в этих случаях был предопределен картиной острого гнойного холангита в совокупности с тяжелой сопутствующей патологией. Заключение. При лечении больных с осложненными формами желчнокаменной болезни (сочетание калькулезного холецистита и холедохолитиаза) предпочтение в операции следует отдавать миниинвазивным технологиям. Открытые оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчных протоках следует выполнять только при наличии противопоказаний или технической невозможности лапароэндоскопического удаления желчных камней. Большинство послеоперационных осложнений после лапароскопического вмешательства на протоке устранимо повторным эндовидеохирургическим вмешательством.

180. Электрогастрографические показатели течения реактивной и токсической фазы перитонита при формировании энтероэнтероанастомоза

Михайличенко В.Ю., Маслов Я.Я., Баснаев У.И., Каракурсаков Н.Э., Самарин С.А.

Симферополь

Медицинская академия им С.И. Георгиевского

Одной из нерешенных проблем современной хирургии является ранняя диагностика послеоперационных осложнений у пациентов с перитонитом и оценка динамики его лечения. Цель нашего исследования изучить показатели электрической активности желудочно-кишечного тракта при реактивной и токсической фазе перитонита и различном исходе формирования энтероэнтероанастомоза. Материал и методы. В исследование вошло 49 пациентов, все больные были разделены на три группы в зависимости от тяжести течения острого разлитого перитонита. Для регистрации электрофизиологической активности ЖКТ использовали гастроэнтерограф Гастроскан, при анализе результатов периферической ЭГЭГ нами оценивались следующие параметры: суммарный уровень электрической активности (Ps), электрическая активность отдельных отделов ЖКТ (Pi), процентный вклад каждого частотного спектра в суммарный спектр (Pi/Ps) (%), коэффициент ритмичности (К-ритм), коэффициент соотношения (Pi/P(i+1)) (%), который представляет собой отношение электрической активности вышележащего отдела к нижележащему. Результаты. Доказано, что электрическая активность желудочно-кишечного тракта зависит от состояния брюшной полости и функционирования анастомоза. При токсической фазе перитонита идет значительное снижение электрической активности ЖКТ, по сравнению с реактивной фазой. При развитии несостоятельности энтероэнтероанастомоза и развитии перитонита идет полное угнетение изучаемых показателей, что подтверждает развитие осложнения в послеоперационном периоде у пациентов. Обсуждение. В работе проанализированы показатели электрической активности желудочно-кишечного тракта на фоне перитонита и различных исходах сформированного энтероэнтероанастомоза. Выводы. Продemonстрировано, что при проведении ЭГЭГ на

фоне пареза кишечника отмечалось достоверное снижение показателей Pi/Ps, К ритм и Pi/P всех отделов ЖКТ, что свидетельствовало о выраженном снижении электрофизиологической активности ЖКТ и его моторно-эвакуаторной функции. Более глубокое угнетение электрической активности ЖКТ свидетельствует об несостоятельности анастомоза и разлитой форме перитонита или продолжающемся перитоните, что требовало немедленного оперативного разрешения ситуации.

181. Определение оптимальных сроков начала энтерального питания у больных с острым деструктивным аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом

Михайличенко В.Ю., Баснаев У.И., Каракурсаков Н.Э., Михайличенко К.А., Кисляков В.В.

Симферополь

Медицинская академия им С.И. Георгиевского

Одним из нерешенных и спорных вопросов является определение сроков начала энтерального питания (ЭП) у больных с распространенным перитонитом. Зачастую определения сроков начала ЭП базируется на клинических признаках восстановления моторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): начало отхождения газов и выслушивание активной перистальтики. Но эти признаки субъективны и не могут быть систематизированы. Согласно данным литературы, имеется корреляционная связь между показателями биоэлектрической активности ЖКТ, регистрируемой с поверхности тела, и моторно-эвакуаторной активностью ЖКТ. Очевидно, что данные полученные при помощи электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ) могут служить более ранним признаком восстановления моторной функции ЖКТ, нежели данные физикального осмотра, а сроки начала регистрации восстановления электрической активности ЖКТ, являются наиболее оптимальным сроком начала ЭП. Цель исследования: определение оптимальных сроков начала энтерального питания в

послеоперационном периоде у больных с острым деструктивным аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом. Материал и методы. В исследование было включено 56 пациентов с острым гангренозно-перфоративным аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом. Объем операции: лапароскопическая аппендэктомия и дренирование брюшной полости. Все больные были разделены на три группы, в зависимости от тяжести состояния в соответствии со шкалой Мангеймского перитонеального индекса (МПИ I). В первую группу тяжесть состояния соответствовало МПИ I вошло 25 (44,6%) пациентов, во вторую группу (МПИ II) 18 (32,1%) пациентов, в третью группу (МПИ III) вошло 13 (23,2%) пациентов. Для оценки функционального состояния ЖКТ тракта мы использовали портативный гастроэнтерограф (Гастроскан). Мы оценивали стандартные показатели электрической активности ЖКТ: суммарный уровень электрической активности (Ps), электрическая активность отдельных отделов ЖКТ (Pi), процентный вклад каждого частотного спектра в суммарный спектр (Pi/Ps) (%), коэффициент ритмичности (К-ритм), коэффициент соотношения (Pi/P(i+1)) (%), который представляет собой отношение электрической активности вышележащего отдела к нижележащему отделу. ЭГЭГ проводили в течение первых суток после операции непрерывно, затем контроль каждые 4 часа на протяжении 48 часов. Результаты. В течение первых 12 часов наблюдения все показатели были достоверно низкими в сравнении с нормальными значениями. В период 12-24 часа после операции в первой и второй группах отмечается рост показателей Pi/Ps, К ритм и Pi/P. В первой группе начало нормализации показателей отмечалось в среднем через 16,4±0,8 часов. В этот период во время аускультации высушивались единичные перистальтические шумы. К концу первых суток послеоперационного периода практически все показатели достоверно не отличались от нормы (p ? 0,05). Во второй группе начало нормализации показателей регистрируется в среднем через 27,4±0,5 часов. А через 35,8 часов после операции практически все показатели соответствовали нормальным значениям (p ? 0,05). Начало роста показателей Pi/Ps, К ритм и Pi/P в третьей группе отмечалось в среднем через 48,8±0,6 часов. Нормализация показателей в этой группе регистрировалось к 55,6 часам. Обсуждение. В работе проанализированы результаты данных ЭГЭГ у больных с острым деструктивным аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом, предложены сроки начала раннего ЭП в

зависимости от тяжести состояния пациента. Выводы. На основании полученных данных ЭГЭГ можно сделать вывод о том, что у больных с острым деструктивным аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом, состояние которых соответствует МПИ I оптимальным и обоснованным сроком начала ЭП можно считать период 16-24 часа после перенесенной операции. У больных с МПИ II период 27-36 часов после операции, у больных с МПИ III через 48-57 часов после операции. При этом возможны индивидуальные коррективы в зависимости от тяжести состояния больных, объема операции и сопутствующей патологии.

182.Этапный подход к лечению пациентов с ожирением и вентральной грыжей, на примере пациента с послеоперационной вентральной грыжей

*Неймарк А.Е., Ковалев А.А., Данилов И.Н.,
Иваниха Е.В., Салов М.А., Наседкин Д.Б.,
Корнюшин О.В., Пан В.И.*

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова»
Минздрава России

Актуальность: Ожирение является фактором риска возникновения вентральной грыжи и увеличивает риск рецидива после герниопластики, а также повышает риск хирургических инфекционных осложнений после оперативного вмешательства. ИМТ > 30 кг/м² признан фактором риска развития послеоперационной грыжи. Риск рецидива образования грыжи у пациентов с ожирением, которым первым этапом проводилась бариатрическая операция значительно ниже, по данным зарубежных авторов 6,7% против 24%. Критерием снижения риска рецидива и готовности к оперативному вмешательству по поводу вентральной грыжи ряд авторов считает, массу пациента менее 100 кг. Единого мнения у бариатрических хирургов и герниологов по поводу этапности оперативного вмешательства нет. Ряд авторов рекомендуют выполнение устранения

грыжи симультанно с бариатрическим вмешательством, если есть возможность выполнить герниопластику лапароскопически. Тем не менее, по данным литературы риск развития послеоперационных осложнений при симультанных вмешательствах (бариатрия+герниопластика) гораздо выше. Материал и методы: Пациент с ожирением III ст, ИМТ 62.32 кг/м². Рост 169 см, вес 178 кг, гигантское грыжевое выпячивание передней брюшной стенки. (лапаротомия, санация и дренирование аппендикулярного абсцесса). Грыжевое выпячивание размером 30х30 см, невправимое в брюшную полость. Учитывая риск осложнений и возможного рецидива после герниопластики принято решение о этапном лечении. Первым этапом консервативное лечение под наблюдением эндокринолога и диетолога. Снижение массы тела на 28 кг. Вторым этапом - вес 150 кг, ИМТ 52,45 кг/м². Выполнена бариатрическая операция - лапароскопическая продольная резекция желудка. Без осложнений. Снижение массы тела через 12 месяцев после операции на 43 кг - вес 107 кг (ИМТ 37,46 кг/м²). Третьим этапом выполнено устранение послеоперационной вентральной грыжи по методике IPOM с применением композитного сетчатого имплантата с антиадгезивным покрытием, интраоперационно выполнен тотальный энтеролиз. Результаты: Операция и послеоперационный период без осложнений. Выписан на 9 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Через 1 месяц после операции ИМТ 35.71 кг/м², вес 102 кг. Заключение: Этапное лечение послеоперационных вентральных грыж значительно снижает риски осложнений и рецидива грыжи. Применение бариатрической операции первым этапом, при лечении вентральных грыж, позволяет после снижения массы тела применять ненатяжные виды герниопластик, а также уменьшить риски развития компартмент синдрома. При наличии невправимых вентральных грыж предпочтительной бариатрической операцией является продольная резекция желудка, так как нет необходимости манипулировать на тонкой кишке. Этапное лечение может помочь снизить риски анестезиологического пособия и возникновения осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы при устранении грыжи.

183.Миниинвазивные технологии в лечении острого аппендицита

Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Муминов К.Д., Тиунова Е.А., Амбарцумян В.М., Леонов А.И., Пашков В.А.

Великий Новгород

ГБОУЗ Центральная городская
клиническая больница

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных острым аппендицитом за счет использования миниинвазивных технологий (лапароскопическая аппендэктомия, интервенционный ультразвук) Материалы и методы: Проанализировано 3285 случаев оказания медицинской помощи больным с острым аппендицитом и его осложнениями, получавших лечения в хирургических отделениях центральной городской многопрофильной больницы за период с 2008 года по декабрь 2018 года. Операции предприняты у 3238 больных. Лапароскопическая аппендэктомия, выполнена у 2216 (70%) оперированных больных, открытым вмешательством подверглись 960 (30%) больных. Дренированием многосуточного аппендикулярного абсцесса закончились операции у 62 больных. За эти годы, количество лапароскопических операций при остром аппендиците неуклонно возрастало, если в 2008 году, только 40% операций выполнялось лапароскопически, в последние годы этот показатель равняется 98% Параллельно этому наблюдалось уменьшения количества аппендэктомий по поводу катарального аппендицита. Так в группе пациентов, оперированных открытым доступом простой аппендицит зарегистрирован в 143 (14,9%) случаев, при лапароскопической аппендэктомии простой аппендицит встречается в единичных 20 (0,9%) случаях. В остальных случаях при лапароскопической аппендэктомии имелся флегмонозный 1325 (59,8 %) у 550 (24,8 %) больных гангренозный и у 321 пациентов (14,5%) наблюдался гангренозный перфоративный аппендицит. В 39% случаев у 864 больных, при деструктивном аппендиците имелись следующие осложнения, местный или распространенный перитонит, рыхлый периаппендикулярным инфильтрат или перпендикулярный абсцесс. Стоит отметить, что на этапе накопления опыта, вышеуказанные осложнения, часто были поводом для конверсии. В

настоящее время даже случаи перфорации отростка у основания могут быть с успехом курированы эндохирургическим методом. Накопленный нами опыт позволяет успешно оперировать лапароскопическим методом больных с давностью заболевания до 8 суток. Ключевыми моментами успеха лапароскопической операции, является адекватная коагуляция брыжеечки червеобразного отростка с минимальной карбонизацией жировой ткани, надежная герметизация культи отростка и полноценная санация брюшной полости. Минимальное количество девитализированной ткани в области брыжейки отростка, уменьшает количество воспалительно инфильтративных осложнений в послеоперационном периоде. Герметизация культи червеобразного отростка надежно достигается с использованием петли Редера или интракорпорального шва. При распространенных формах аппендикулярного перитонита для адекватной санации брюшной полости использовали до 8 литров физиологического раствора, с обязательным активным дренированием брюшной полости с помощью полиэтиленовых контейнеров-гармошек. В группе больных с многосуточным аппендикулярным абсцессом, за этот период времени проведено 14 пункционно-дренирующих вмешательств под УЗИ контролем, что составило 22,5% от всех больных с многосуточным аппендикулярным гнойником. Небольшой удельный вес пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ контролем, обусловлен двумя обстоятельствами, относительной новизной данной технологии (с 2011 года), и отсутствием безопасного доступа «акустического окна» для дренирования аппендикулярного гнойника. Поэтому в последние три года при отсутствии возможности пункции гнойника под УЗИ в 7 случаях произведено дренирование аппендикулярного абсцесса с применением лапароскопии, с положительным эффектом. Результаты: Среди 2216 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия, конверсия предпринята в 46 (2 %) случаях, в последние два года на 466 лапароскопических аппендэктомий зарегистрировано 6 конверсий что составило 1,2%. По нашим данным, среди 2216 больных, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия, осложнения в послеоперационном периоде встретились у 82 пациентов (3,7 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 2 (0,09 %), разлитой перитонит у 6 (0,3 %), инфильтрат брюшной полости у 23 (1,03%), абсцесс брюшной полости у 34 (1,5 %), нагноение троакарных ран – у 8

(0,36 %), ранняя спаечная кишечная непроходимость у 9 (0,4 %). У большей части больных в 44 случаях возникшие интраабдоминальные осложнения, потребовавшие хирургического лечения, были устранены с использованием миниинвазивных технологий. Летальный исход зарегистрирован в одном случае (0,04%) у пациентки старческого возраста с тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Выводы: в настоящее время лапароскопия в сочетании с пункционно-дренирующими вмешательствами под УЗ контролем, при должной подготовке хирургов и адекватном материально техническом оснащении, может быть использована у подавляющего большинства больных с острым аппендицитом с минимальным количеством осложнений и минимальной послеоперационной летальностью.

184.О тактике лечения сочетанных поражений желчного пузыря и желчных протоков при желчекаменной болезни.

*Балалыкин А.С., Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х.,
Вербовский А.Н., Архипкин А.К., Муцуров Х.С.,
Гвоздик В.В., Войтковский А.Е.*

Москва

МКНПЦ

Актуальность. Прошедшее 50-летие характеризуется разработкой и внедрением в клинику эффективных диагностических и оперативных методик во внутрисветной эндоскопии и лапароскопии, изменивших тактику и принципы лечения желчекаменной болезни и её осложнений. Однако, стало не меньше спорных вопросов этой актуальной проблемы абдоминальной хирургии. Цель – обсудить спорный вопрос выбора рациональной тактики лечения сочетанных поражений желчного пузыря (ЖП) и гепатикохоледоха (ГХ) при ЖКБ. Материал и обсуждение. Многолетняя хирургическая деятельность и накопленный опыт не одной тысячи традиционных (ТХ), лапароскопических (ЛХ) и чреспищеводных (ЧПХ) операций. Тяжесть состояния больных с осложненными сочетанными

поражениями ЖП и ГХ и высокая эффективность ЧПО определили с 70-х годов необходимость применения двухэтапной тактики лечения: на первом этапе ЧПО, на втором – ХЭ. Предварительные чреспапиллярные операции (ЧПО) saniруют ГХ, устраняют осложнения и приближают хирургов к адекватным операциям при ЖКБ. Однако, у 15-25% больных даже у опытных специалистов ЧПО оказываются неудачными и методом лечения гепатикохоледохолитиаза остается традиционная холедохолитотомия (ХЛТ), лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически (Андреев А.Л., Королев М.П., Майстренко Н.А. и др.). Кроме этого, несомненно повышение суммарной частоты осложнений при ЧПО (5-8 % с летальностью 0,5-1,5 %) и при операции ЛХЭ (соответственно, 8-15 % и 0,6-2,5%). Одноэтапная тактика лечения ЖКБ, включающая лапароскопическую ХЛТ и дренирование желчных протоков, не нашла распространения в клинической практике. На основании небольшого (31 операция) опыта с общим числом осложнений в 3,5% мы пришли к выводу - она применима опытными хирургами на первом этапе внедрения у пациентов с установленным диагнозом, обследованными ДПК и БДС и невысокой степенью операционного риска при наличии оборудования для ревизии гепатикохоледохы (холедохоскоп, рентгенаппарат) и владении хирургом интракорпоральным швом. Остаются спорными вопросы разрешения холангиолитиаза через культю пузырного протока, проведение антеградной ЭПТ, предварительного стентирования желчных протоков без ЭПТ и др. Считаем, что ЧПО, производимые в большинстве лечебных учреждений у лиц с высокой степенью операционного риска под местной анестезией без наблюдения анестезиолога, не легче, а тяжелее, чем лапароскопические операции (в условиях лифтинга, если необходимо). Пациенты в условиях операционной и общего обезболивания находятся в большей безопасности, чем в эндоскопическом отделении. Резюме. Редкие публикации и небольшой собственный опыт свидетельствуют о перспективности одноэтапной тактики лечения ЖКБ с помощью лапароскопических технологий. Изменение менталитета хирургов и хорошая техническая оснащенность – залог успешного развития этого направления лапароскопической хирургии ЖКБ.

185. Недостатки существующего статистического учета синдрома диабетической стопы на примере хирургического стационара

*Лукин П.С. (1), Заривчацкий М.Ф. (2),
Долгушева Н.Ю. (3).*

Пермь

- 1) ГКДЭЦ ГБУЗ Пермского края "ГКП № 5"
- 2) ФГБОУ ВО "ПГМУ им. ак. Е. А. Вагнера"
Минздрава России
- 3) ГБУЗ Пермского края "КМСЧ №1"

Актуальность. ВОЗ, IDF и Росрегистр, утверждают о неуклонном росте числа больных сахарным диабетом (СД). Представляемые статистические данные по СД и его осложнению синдрому диабетической стопы (СДС) в частности отличаются у всех организаций, ведущих учет данного заболевания, цифры опровергают и противоречат друг другу. МКБ-10 не содержит конкретных кодов СДС, на которые опирается статистическая отчетность, что ставит под сомнение истинную картину данного заболевания, прогноз его течения и количество ампутаций. Цель исследования. Изучить объективность официальных статистических отчетных данных по синдрому диабетической стопы в рамках хирургического стационара города Перми. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение в хирургических отделениях Клинической медико-санитарной части № 1 (КМСЧ№1) города Перми в 2017 году. Изучены итоговые статистические отчеты, представленные в региональной информационно-аналитической медицинской системе «ПроМед», форма № 14 за 2017 год, отражающая сведения о работе стационара. Результаты. В 2017 году в отделении плановой хирургии (ПХО) КМСЧ№1 прошли лечение 1758 пациентов с различными хирургическими заболеваниями, в отделении экстренной хирургии (ЭХО) — 2541 пациент. Из официальных статистических отчетов, с СД и его осложнениями в ЭХО пролечено 26 пациентов. Нозологии, по общепринятой классификации МКБ-10, обозначены кодами E11.5, E11.7, E10.5, E10.7. В ПХО - пациентов с осложнениями СД не было, что говорит об отсутствии официальных мер профилактики и лечения. Из формы №14, в стационаре выполнено 133 ампутации и экзартикуляции, при этом данная форма имеет недостаток - нет отражения уровня

ампутаций и количества ампутаций у одного пациента. При непосредственном анализе медицинских карт было выявлено, что СДС шифруют следующим образом: I70.2, I83.7, M86.6, L97, L08.8, L03, L02.4, E11.5, E11.7, E10.5, E10.7. При этом коды E10.5 и E10.7, обозначающие инсулинзависимый СД, т.е. СД 1 типа с осложнениями, не соответствовали действительности, по медицинской документации у пациентов был СД 2 типа. Фактически в ПХО прошли лечение - 107 пациентов с СД, у которых проводилась профилактическая терапия по поводу заболеваний сосудов нижних конечностей, из 1758, СДС был у 34 пациентов. В ЭХО - 100 из 2541, СДС был у 100% пациентов. В ПХО выполнены 4 ампутации из них 2 на уровне бедра, 2 — на уровне стопы и пальцев. В ЭХО количество ампутаций по поводу СДС составило 74, из них 41 на уровне бедра. Соответственно, ампутации по поводу СДС в обоих отделениях составили 58,6%. Обсуждение. Таким образом в рамках одного хирургического стационара отсутствует единство в кодировке СДС, и даже СД. Основным ставится код I70.2 — атеросклероз нижних конечностей. Официально, ампутации проводятся по поводу осложнений атеросклероза, а не по поводу СДС. Отсутствие правдивой объективной статистики не отражает истинную картину заболеваемости СД и СДС для контролирующих органов власти, в частности для Министерства здравоохранения. Соответственно возникает угроза финансирования направления профилактики и лечения СД и СДС, а именно - строительство и открытия Центров с комплексным командным подходом. Выводы. Введение кода в международную классификацию болезней грядущего 11-го пересмотра и/или в уже существующую МКБ-10 «синдром диабетической стопы» позволит дать полную картину по данному осложнению СД. Правдивая статистика позволит объективно финансировать направление и принимать своевременные меры профилактики. Рекомендации. Добавить коды: Edf10.0 - инсулинзависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы и Edf11.0 - инсулиннезависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы, где df - diabetic foot (диабетическая стопа). В предложенные коды Edf10.0 и Edf11.0 ввести две цифры после точки: первая обозначает область поражения (7 областей), вторая глубину поражения (5 уровней). Для ампутаций выделить отдельные коды, отражающие их характер: Edf10.8 - ампутационная культя нижней конечности после нетравматической ампутации при инсулинзависимом сахарном диабете с синдромом

диабетической стопы, без язвы; Edf11.8 - ампутационная культя нижней конечности после нетравматической ампутации при инсулиннезависимом сахарном диабете с синдромом диабетической стопы, без язвы. Уровень ампутаций обозначать буквами латинского алфавита: t - toe (палец стопы); p - prohibere (стопа); s - shin (голень); f - femur (бедро). Сторону ампутаций, как и язвы, обозначить: справа — d (dextra); слева — s (sinistro). Классификация, в первую очередь, направлена упорядочить статистические данные по СДС, не меняя лечебные подходы. Она позволяет проследить динамику течения заболевания и результаты лечебных мероприятий у каждого пациента, что дает возможность акцентировать направление финансирования отрасли в целом.

186. Сравнительная оценка репаративных процессов при местном лечении полнослойных резанных ран и ожогов III степени в эксперименте

Еськова А.Ю., Фомочкина И.И., Михайличенко В.Ю., Голубинская Е.П., Бессалова Е.Ю.

Симферополь

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

В структуре причин всех раневых дефектов около 96% составляет бытовая травма. В подавляющем большинстве пациенты обращаются с резаными ранами полученные в состоянии алкогольного опьянения и ожогами. Цель исследования — провести сравнительную оценку традиционного местного лечения и фитомазы с МГТ при полнослойных резанных ранах и ожогах III степени. Материал и методы. Нами было сформировано по 2 группы для каждой патологии, в 1 группе лечение проводили мазью Солкосерил, во 2 группе — фитомазью с МГТ. Изучали скорость регенерации тканей, иммуногистохимию рубца и ультрамикроскопическое строение тканей. Результаты и их обсуждение. При сравнении эффективности традиционной терапии, фитомазы и ее комбинации с МГТ в различных концентрациях по итогам визуальной оценки и гистологического

исследования, показано, что фитомазь с МТГ 0,1% является наиболее эффективной при заживлении полнослойных резаных ран. При концентрации МТГ 0,1% быстрее происходит образование фибринового сгустка, характерно ранее начало эпителизации – на третьи сутки (в других группах не ранее 5-7 суток, $p < 0,05$), синхронное развитие эпителиального и соединительнотканного регенератов с их качественной дифференцировкой; в среднем заживления ускорено на 36% ($p < 0,05$). Такая же динамика раневого заживления наблюдается при лечении ожоговых ран. Ультроструктурные особенности ран демонстрируют заживление как динамическую саморегулирующуюся воспалительно-репаративную реакцию со стереотипной кинетикой: повреждение, медиаторный и микроциркуляторный воспалительный каскад, экссудативная реакция, пролиферация, ангиогенез, синтез, секреция и фибриллогенез коллагена, эпителизация и контракция, ремоделирование и инволюция рубца. Независимо от характера повреждающего фактора (разрез или ожог) воспалительно-репаративная реакция сохраняет цепочку принципиально схожих процессов. Отличия среди групп, видов животных и типов ран носят количественный характер. Каждая из стадий характеризуется ведущей популяцией клеток: лейкоциты, моноциты-макрофаги и фибробластический дифферон. Этому способствует ангиогенез и динамика проницаемости эндотелия, сохраняющиеся и в поздние сроки, поскольку фагоцитоз и ремоделирование крайне зависимы от трофики. Параллельно эпидермоциты наружного слоя мигрируют в рану, десмосомы кератиноцитов разрушаются, образуется эпителио-дермальное соединение, и, после восстановления эпидермиса, интенсивность пролиферации возвращается к исходной. Выявлены низкие показатели экспрессии Ki67 в раннем периоде заживления ран, достоверный подъем на 5-7 сутки с последующим снижением. По данным уровня экспрессии CD68 и CD138 (синдекан-1) можно сделать вывод об эффективности МТГ вследствие инициации быстрой смены фаз регенерации, очищения раны с образованием качественного рубца. Так, при ожогах интенсификация процессов клининга раневой поверхности происходит в группе с аппликацией мази с МТГ 0,03% (на 3 сутки после ожога $CD68 + 42,1 \pm 0,3$, $p < 0,05$), вследствие чего наблюдается повышение реактивности стромального компонента с последующим ускоренным формированием и ремоделированием рубца (диффузная стромальная и цитоплазматическая

реакция синдекан-1/CD138 при негативной мембранной экспрессии) и полной эпителизацией уже к 10 суткам эксперимента ($Ki67 + 3,3 \pm 0,3$, $p < 0,05$). Выводы. Установлено, что применение фитомази с МТГ, значительно ускоряет процессы ранозаживления, полноценно сформированный рубец своевременно проходит стадии созревания и инволюции, что сопровождается выраженным эстетическим эффектом (отсутствие гипертрофических и атрофических рубцов).

187. Редкий случай оперативного лечения доброкачественной опухоли прямой кишки

*Дизенгоф И.М. (1), Меликсетян Л.В. (1),
Болдин Б.В. (2), Киселёва Д.О. (1), Сомов Н.О. (2),
Заров А.Ю. (1)*

Москва

- 1) АНО ЦКБ Св.Алексия Митрополита Московского
- 2) РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Цель исследования: липома прямой кишки, тем более больших размеров, является редким заболеванием. В нашем наблюдении опухоль вызывала у пациента обтурационную кишечную непроходимость и потребовала хирургического вмешательства, что бывает еще реже. Симптомы заболевания нарастали в течение 5-7 лет, пациент неоднократно госпитализировался, обследовался, предлагалась (с учётом возраста и размеров опухоли) сигмостомия. Надеемся, что наш опыт позволит улучшить результаты лечения больных доброкачественными опухолями прямой кишки больших размеров. История заболевания: в октябре 2018 г в экстренно госпитализирован пациент А. 88 лет с клинической картиной острой обтурационной кишечной непроходимости, с жалобами на вздутие живота, длительную задержку стула и редкое отхождение газов, тошноту. Из представленных документов известно, что около 7 лет назад выявлена опухоль прямой кишки на высоте 5 см от заднего прохода, выполнена биопсия – липома. Размеры опухоли со временем увеличивались, пациент постоянно принимал слабительные, отказывался от пищи, похудел. При обращении за

медицинской помощью предлагалось наложение противоестественного заднего прохода. При поступлении на обзорной рентгенограмме пневматоз, единичный толстокишечный уровень, тени плотных каловых масс в ободочной кишке. Через задний проход – на высоте пальца плотная подслизистая опухоль, занимающая левую полуокружность кишки, стенозирующая просвет, в щелевидное пространство между опухолью и правой боковой стенкой с трудом введён палец, верхний полюс опухоли не определяется. Непроходимость разрешена консервативными мероприятиями, за опухоль заведён зонд. Пациент обследован – колоноскопия малоинформативна, взята биопсия из подслизистой опухоли – липома. При компьютерной томографии и МРТ – опухоль размерами 12х9х7 см, исходит из стенки прямой кишки, верхний полюс опухоли на уровне Дугласова пространства. В ходе обследования другой значимой патологии, которая влияла бы на тактику операции, выявлено не было. Операция: Л.В.Меликсетян, И.М.Дизенгоф. Анестезия спинномозговая. Положение пациента как для камнесечения с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями. Разрез около 12 см, полулунной формы, слева от заднего прохода и в 2 см от него, не доходя сверху и снизу 2 см до срединной линии. Ранорасширитель. Визуализирован нижний полюс опухоли. Из-за сращений с мышцами и слизистой, а также высокого расположения верхнего полюса, вылущить опухоль не удалось, мобилизация продолжена острым путём. В средней части опухоль прошита, это облегчило дальнейшую мобилизацию. Препарат представлен плотной жёлтого цвета опухолью 12х9х7 см, на разрезе – типичная структура липомы. После удаления опухоли образовался дефект мягких тканей промежности, в области ложа стенка прямой кишки представлена одной слизистой оболочкой на участке 6х2 см. Рана послойно ушита наглухо, к ложу опухоли подведён дренаж, подключен к системе отрицательного давления. Длительность операции 40 минут, кровопотеря 100 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей, самостоятельный стул на третий день, дренаж удалён также на третий день, швы сняты через 12 дней после операции. Гистологическое исследование препарата – липома. Срок наблюдения после операции - 2 месяца, осложнений нет. Обсуждение: липомы прямой кишки крайне редко достигают больших размеров и вызывают обтурационный синдром. Скорее, это характерно для лейомиом. В некоторых случаях локализация и размеры последних предполагают

выполнение полостных операций. На наш выбор способа операции повлияли следующие факторы: низкая локализация опухоли, ее размер и гистологическая структура. Учитывались также возраст пациента и сопутствующая патология. Наше наблюдение свидетельствует, что и липомы прямой кишки могут достигать больших размеров, плотно фиксироваться к окружающим тканям и органам и вызывать необходимость серьёзных оперативных вмешательств.

188. Приоритет отечественных хирургов в ранней реабилитации пациентов

Возлюбленный Д.Е.

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ «Городская больница № 20
г. Ростов-на-Дону»

2) кафедра хирургических болезней № 2, кафедра
ультразвуковой диагностики ФПК и ППС ФГБОУ ВО
РостГМУ Минздрава России

«Раннее вставание/реабилитация» пациентов, «fast track» является перспективным направлением современной хирургии. Считается, что методика «fast track» была внедрена зарубежными специалистами, однако имеются исторические факты, подтверждающие приоритет отечественных ученых во внедрении метода. Авторами одних из первых сообщений о необходимости «раннего вставания» явились: Robert Morris (1892г), Ries (1893), Boldt, Kronig (1895), и отечественные ученые: П.И. Дьяконов (1896), Н.И. Напалков (1901), А.П. Губарев (1908). Впервые вопрос о необходимости «раннего вставания» был поднят А.Д. Казанским и А.М. Холодовским в 1907г. на Втором Съезде Общества Российских акушеров и гинекологов. Некоторые известные клиницисты того времени (Н.К. Неелов, Г.И. Гиммельфарб) неоднозначно подошли к возможности широкого применения метода, хотя при этом ряд специалистов (Н.И. Напалков, С.П. Федоров) поддерживали выступающих. В 1908 году на VIII Съезде Российских хирургов с докладом на тему: «К вопросу о сроках пребывания хирургических больных в больницах» выступил О.Э.

Гаген-Торн с докладом о несомненной пользе раннего вставания. События 1910-20гг в Европе и Российской империи привели к тому, что метод «раннего вставания» недостаточно укоренившись, был сметен войной и послевоенными потрясениями, замолчан и забыт. Повторно вопросы «раннего вставания» были частично озвучены на Съезде Германских хирургов в 1929г. без особого энтузиазма. При этом в СССР вопрос о необходимости ранней активизации пациентов был поднят на Съезде хирургов в 1925г. в Одессе. В 1932 году на XXII съезде хирургов СССР метод «раннего вставания» после выступления М.А. Кимбаровского получил общее одобрение. Имеются четкие исторические предпосылки, по которым «раннее вставание» получило широкое распространение в отечественных условиях. Во-первых, территория СССР была очень большой и многие пациенты получали необходимую помощь в селах и деревнях, где не во всех медицинских учреждениях имелись необходимые условия: в некоторых из них нельзя было закатить каталку в операционную или в палату, не хватало персонала, пациент был вынужден передвигаться из операционной пешком или рано вставать для выполнения физиологических надобностей и обслуживания. Также сказывался дефицит кадров – как высказался А.Н. Бенедиктов (1911) «вопрос о раннем вставании кажется имеет интерес и значение, как для больного, которому приходится переживать иногда мучительно долгое пребывание в постели, а затем и для врача, и для больниц с ограниченным числом кроватей и недостатком медицинского персонала, т.к. вставший с постели больной уже наполовину требует внимания и ухода за собой». В Европе и Америке отмечался диаметрально иной подход с достаточным количеством персонала. Во-вторых, отечественная хирургия пошла своим путем по идеологическим аспектам. На Западе необходимости в скорейшем выздоровлении трудящегося не было – имелось достаточное количество безработных, а «выхаживанием» пациентов врач не занимался. Вектор советской медицины имел другое направление - хирургия должна обслуживать в первую очередь интересы трудящихся масс и вопрос о работнике, который может своевременно стать за станок, являлся вопросом чрезвычайной практической важности. В-третьих, во время ВОВ имелся дефицит человеческой силы, раненых предстояло лечить и вылечивать в короткие сроки, а основные принципы ранней активизации оказалось возможным применить на большом клиническом материале. Для легкораненных пациентов была создана

«система комплексного лечения», в которую входили хирургическое лечение, лечебная физкультура, физиотерапия, трудотерапия, боевая и политическая подготовка. Применение такого подхода позволило в короткие сроки возвращать в строй большое число бойцов. Т.о. отечественными специалистами были проведены разработки в тактике ведения пациентов в до-, интра- и послеоперационном периоде. Причиной недостаточно широкого внедрения данных разработок является отсутствие соответствующей нормативно-правовой базы.

189. Что кроется за диагнозом острый панкреатит?

*Баулин А.А., Аверьянова Л.А., Баулин В.А.,
Баулина О.А.*

Пенза

Кафедра хирургии и эндоскопии
им.проф.Н.А.Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО Минздрава России

Заболевание входит в тройку самых частых хирургических патологий органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу, а в некоторых регионах достигает 40% и находится на первом месте. По данным авторов Координационного совета по управлению качеством медицинской помощи наблюдаются дефекты: обследования у 45%, постановки диагноза – 35%, лечения – 15%, обеспечения преемственности – 5%. При деструктивных формах дифференциальная диагностика отработана, а что происходит с подавляющей частью больных обращающихся с этим диагнозом? Ведь болевой синдром, тошнота, отрыжка, изжога, даже повышение активности амилазы встречаются при двух десятках хирургических и терапевтических заболеваниях. Целью работы было попытаться объективизировать этапы диагностики и регистрации больных с диагнозом острый панкреатит, для чего были взяты данные по Пензенской области и ГКБ. Оказалось, что болезни поджелудочной железы с 1998 года с 7848 (на 1.548 753 населения) зарегистрированных

увеличилось в 2017 году до 18000 (на 1.341 526), доля острого панкреатита составила 3,1%(564). В расчёте на население рост произошёл в 2,7 раза. Частота острого панкреатита в Пензенской области среди острых хирургических заболеваний живота 1998 -2017 г.г. выросла с 14,1% до 20.8%, уступала только аппендициту и острому холециститу, а последние несколько лет переместилась на второе место, но снова отброшена на третье, так как часть больных с ЖКБ и грыжей оперируются «под флагом» острого холецистита. За 5 месяцев направлено каретой СМП с диагнозом острый панкреатит 453 пациента. После первичного обследования 22% больных с выраженной симптоматикой госпитализированы, после короткого наблюдения и отсутствия серьёзных симптомов 2% отказались сами и 30% отпущены на амбулаторное лечение с диагнозом обострение хронического панкреатита, и 41% отправлены на амбулаторное лечение с другими диагнозами. На УЗИ у более 90% пациентов врачи описывают диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, при ФГДС - у подавляющего числа диагностируют гастриты, редко недостаточность кардии и эзофагиты, не выполняется инверсионный осмотр. Именно в заключениях УЗИ и ФГС-диагностов закладывается ошибочное направление в толковании симптомов и заболевания. Из госпитализированных больных 78% лечились консервативно. В стационаре изменён первичный диагноз у 12,3% на кишечную колику у 5,6%, обострение ЯБЖ и ДПК у 1,4%, кисты поджелудочной железы у 1,4%, ЖКБ у 1,1% и др. Судьба 78% больных леченных консервативно оказывается своеобразной и до конца не расшифрованной. У 14% клиническая картина характерна для отёчной формы панкреатита с постепенно угасающими признаками воспаления в течение 7-10 дней под действием консервативной терапии (инфузии, спазмолитики, ИПП). 1/10 пациентов оперированы по поводу сопутствующих заболеваний: ЖКБ, холедохолитиаза или диагностированы ОКН, перитонит. Больше 60% пациентов представляют своеобразную группу, в которой все явления проходят в течение 1-3 суток при минимальном лечебном воздействии. Многие уже в первые сутки просятся домой и задерживаются в связи со страховыми правилами по срокам лечения, часть из них поступают не один раз за последние годы, у некоторых имеются данные амбулаторных и стационарных обследований с отметкой о наличии эзофагита, ГЭРБ и недостаточности кардии. Из-за невозможности задержки пациентов в экстренном хирургическом

стационаре для уточнения диагноза, они фактически выписываются для амбулаторного наблюдения и уточнения диагноза. В стационаре опрошено 100 не оперированных пациентов: все отмечали положительную динамику после первых приёмов омеза; все отмечают связь с нарушением диеты; только у 1/5 отмечено повышение уровня амилазы >100ед/л; у 1/20 выполнялась рентгеноскопия пищевода, желудка и ДПК – у 2 выявлена ГПОД, у 1 ГЭРБ. Проведено анкетирование для дальнейшего наблюдения. Один из выводов: Требуется дальнейшее изучение судеб больных с данным диагнозом с целью выяснения истинной патологии.

190.Совершенствование диагностики патологии пищеводножелудочного перехода

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

Пенза, Москва

Кафедра хирургии и эндоскопии
им.проф.Н.А.Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО Минздрава России

В последние два десятилетия во всём мире сформировано убеждение, что век двадцатый – это век язвенной болезни, а век 21 – ГЭРБ. Так это или нет, рассудит опыт, поскольку «айсберг всплыл» в развитых странах, то можно предположить, что явление связано с переоснащением диагностических служб, в частности, в связи с внедрением современной цифровой видеоэндоскопии. Что особенно ценно - цифровая технология, электронная хромокопия объективизируют картину и помогают рассмотреть минимальные изменения на слизистой оболочке. И это важно при выявлении начальных изменений воспалительного характера в нижней трети пищевода и классификации ГЭРБ. Замена фиброскопической техники на видеоэндоскопическую не у всех эндоскопистов привела к пониманию технических возможностей новой техники, они не на 100% реализуют её потенциал, поэтому врачи-лечебники, веря им, как

самим себе (они же смотрят!), забывают о том, что смотреть и видеть – это большая разница. Исследовательский коллектив кафедры располагает 40-а летним опытом не менее двухсот тысяч эндоскопических исследований пищевода, желудка и 12-перстной кишки и 50-и летним хирургическим опытом более 5 тысяч операций на желудке, из них 537 по поводу ГПОД. Весь период можно разделить на отрезки в 40 первых и 10 последних лет, когда на смену ФГДС пришла ВГДС. За первый период мы выполнили 218 операций, за второй – 319. Что же привело к таким изменениям? Первое: при ВГДС мы стали видеть изменения на слизистой пищевода у 67,8% пациентов вместо 18,4%, т.е. мы стали чаще выявлять начальные проявления ГЭРБ. Второе: изменилась оценка состояния кардии, недостаточность (НК) которую оценивали со стороны пищевода по проляпсу-реляпсу слизистой оболочки, зиянию кардии, рефлюксу содержимого и расширению этой зоны, что регистрировалось как НК всего у 17,8%. При ВГДС мы принципиально поменяли подход для оценки НК и стали у 100% выполнять инверсионный осмотр кардиального отдела, и НК стала выявляться у 39,4% пациентов. Мы классифицировали её по 4 степеням в зависимости от расположения складки Губарева (данные представлялись ранее). При обследовании 3415 человек с жалобами и без жалоб обнаружено наличие недостаточности кардии у 39,4%. При разделении обследуемых на 2 группы с симптомами(1) и без симптомов(2) оказалось, что в первой недостаточность кардии отмечена у 63,4%, а во второй – у 19,4%, что говорит о том, что недостаточность кардии не всегда сопровождается клиническими проявлениями, равно как и симптомы могут возникать при хорошем замыкании кардии. Третье: не только в нашей области было устоявшееся мнение, что ФГДС решает все вопросы диагностики и функциональный, чем он и ценен, рентгенологический метод был подвергнут забвению. И в этом разделе пришлось провести серьёзную работу для качественной оценки рентгенологических данных, важных не столько для оценки степени эзофагита и рефлюкса, сколько для оценки эвакуаторной способности желудка и 12-перстной кишки, особенно после операций, для оценки эффективности или возможного планирования реконструкции. Четвёртое: у данной категории больных из-за неясного болевого синдрома часто выполняют КТ или МРТ, рентгенологи, увлекшись поиском забрюшинной патологии, просто не обращают внимание на наличие ГПОД – грыжа хорошо видна, особенно при прокрутке изображения. Пятое: освоение суточной

рН-метрии и манометрии не повлияло существенно на оценку результатов консервативного лечения или на принятие решения об операции. Применение рН-метрии при эндоскопии лишь подтверждает наличие закисления в пищеводе, что итак ожидаемо при НК. Клиника располагает опытом оперативного лечения ГПОД-ГЭРБ с помощью новой методики у 319 пациентов, завершается этап изучения отдалённых клинических, эндоскопических, рентгенологических результатов в сроки до 10 лет. Уже имеющиеся данные свидетельствуют о 89-96% положительных результатов при оценке по указанным трём параметрам. Наш многолетний опыт подтверждает, что привычная схема обследования может быть скорректирована на основании полученных данных.

191.25 лет Пензенской эндохирургии

*Баулин А.А., Николашин В.А., Баулина Н.В.,
Беребицкий С.С., Баулин В.А., Николашин О.А.,
Баулина Е.А., Черняева Г.В., Миронов В.С.,
Федин А.В.*

Пенза

Кафедра хирургии и эндоскопии
им.проф.Н.А.Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО Минздрава России

Когда «французская хирургическая революция» уже широко шагала по миру, хирургия в России тормозилась из-за отсутствия нормального финансирования. Благодаря большой пропагандистской работе и помощи в практической подготовке РНЦХ им.Вишневского, коллег и предпринимателей из Казани, частного центра Карнаухова из Самары в начале 90-х годов, спасибо хирургу-предпринимателю из нашего коллектива Н.Х.Васильеву, благодаря которому в г.Пенза первые две эндоскопии были приобретены в 1993 году. С апреля 1994 года были проведены первые 100 холецистэктомий и более 200 операций на гениталиях. Работу строили по принципам: передачи опыта по цепочке, обучение всех полостных хирургов, видеозапись операций и трансляция к ведущему хирургу (модерация) и в

учебную комнату, просматривать записи, обучать, избежать высокого уровня осложнений, ведение разъяснительной работы. С 1995 года было сформировано обособленное отделение - 6 врачей, 16 оперсестер, операционный блок и прикрепленные койки в отделениях, где оказывали круглосуточно диагностику и лечение больных с хирургической и гинекологической патологией. Позже начали функционировать эндостойки в закрытом городе Заречный, БСМП и Областной больнице, приобрели стойки Детская больница, госпиталь Ветеранов, Дорожная больница, Онкодиспансер С 2001 года эндоскопический метод освоили ортопеды и травматологи, с сотни простых операций на коленном суставе сейчас выполняется почти 4 сотни, включая реконструктивные на плечевом. С 2008 года – ЛОР-врачи довели число операций до 921 из всех 1189(77,5%) при 48 наименованиях, включая тимпаноластику и первое трансназальное удаление аденомы гипофиза. Первоначально мы – хирурги выполняли урологические операции, но затем урологи широко внедрили и внутрипросветные вмешательства, число операций превысило тысячу. В связи с приобретением видеодуоденоскопа к малоинвазивным вмешательствам приступили эндоскописты из хирургов (РХПГ-ЭПСТ). В городском отделении экстренной гинекологии только шоковые нематочные оперировались открыто, гистерорезектоскопия привела к кардинальному снижению калечащих операций. Число внутрибрюшных наименований операций превышало 70, количество холецистэктомий при хроническом холецистите достигало 600, при остром - 250(более 9000 операций), грыжесечений - 35, пиелоретеролитотомий - 6-12, адреналэктомий - 4-7, экстирпаций матки - 115-126, 320-360 операций на придатках, выросло количество лапароскопических аппендэктомий (до 94% от всех), и др. У подавляющего большинства устанавливаем 2-3 тонких дренажа для оттока и контроля как обязательная процедура. Процент осложнений - 0,9-1,5, ежегодная летальность 0-0,2%, релапароскопию выполняем при малейшем сомнении в отношении благополучия в животе. Все хирурги и гинекологи получили сертификаты по эндоскопии. За все 25 лет работы в хирургической службе выполнено более 80.000 операций с применением эндотехники, из которых не менее 70% относятся к разряду сложных и трудоёмких. Освоили технологию в 2 МРБ, в одной из них 95% холецистэктомий делаются лапароскопически. В областном онкодиспансере стали выполняться экстирпации простаты, адреналэктомии, операции

на толстой кишке. К сожалению, из-за недостатков госрегистрации эндохирургических операций анализ провести очень трудно, поскольку отмечается валовый показатель «использования эндотехники» среди всех операций. Однако по нашей больнице эта цифра за 25 лет возросла с 178 до 6358, по области приближается к 12.000 в год. Наш опыт ПИУВ подтверждает правильное направление обучать врачей специалистов, в том числе на циклах по эндоскопии. К сожалению, модернизация и оптимизация последних 10 лет отрицательно коснулась наших отделений сокращением коек, ликвидацией эндохирургического отделения, потерей ведущих специалистов, сократились плановые операции, уменьшилась широта. Возросло количество экстренных операций как прикрытых плановых, страдает статистика.

192.Трансдуоденальные вмешательства и персонализированная антимедиаторная терапия при билиарных панкреатитах.

*Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Косаченко М.В.,
Атаев Т.А., Эльдерханов М.М.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им. Спасокукоцкого С.И.

Под наблюдением находилось в течение последних 5 лет 230 больных с билиарным панкреатитом, что составило 34% от общего количества больных с острым панкреатитом. При поступлении тяжесть оценки по шкале АРАСНЕ-2: Легкая степень отмечена у 16%, средняя тяжесть – 48%, тяжелая – 28%, крайне тяжелая – 12%. Холедохолитиаз выявлен у 201 (87%), гнойный холангит – 46 (20%), острый калькулезный холецистит 30 (13%). Билиарная гипертензия обнаружена у 104 (45%). При поступлении все больные со средней и тяжелой степенью госпитализировались в отделение реанимации, где проводилась базисная терапия согласно национальным клиническим рекомендациям с мониторингом органов и полиорганной дисфункции. Через 8-10 часов после поступления 180 (89%) из 202 больных со средней,

тяжелой и крайне тяжелой степени выполнено эндоскопическое исследование, ЭПСТ, литоэкстракция. У 140 дополнительно проводилось стентирование главного панкреатического протока (ГПП) стентом 5-7 F, который вводился на глубину 4-6 см. При наличии гнойного холангита у 32 выполнено назобилиарное дренирование. При невозможности выполнить санацию желчных путей при остром калькулезном холецистите у 45 (19%) выполнено наружное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ (32) и лапароскопическое (13) во время санации брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Антимедиаторная терапия проводилась в зависимости от тяжести состояния: при лёгком – 100 мкг в/в 3 р/с, средней тяжести – 600 в/в 2 р/с, тяжелая – 600 мкг в/в 2 р/с и продолжалась в течение 5 суток. При тяжести состояния больных 15-16 баллов и наличии органических дисфункций по SOFA больше 2-х баллов у 49 больных заведена длительная вено-венозная гемофильтрация. Кроме того, для лечения СКН с первых часов после поступления проводился энтеральный лаваж через назо-энтеральный зонд с последующей нутриционной поддержкой и эпидуральная блокада. Выполнить стентирование ГПП из-за анатомических особенностей не удалось у 12%. Кровотечение из места ЭПСТ отмечено у 8 (4%), микроперфорация забрюшинной части 12 п.к. – 4 (2%). Кровотечения у всех остановлены эндоскопически, при перфорациях установлены покрытые стенты и наложены холецистостомы. Летальность от осложнений после ЭПСТ не было. В результате проведенных патогенетически обоснованных мероприятий в основной группе удалось в 2 раза снизить количество инфицирований поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки и в 3 раза снизить летальность с 22% до 8%.

193.12-летний опыт выполнения лапароскопического бандажирования желудка

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И.,
Пикирения И.И.

Минск

ГУ "Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии"

Актуальность. Хирургическое лечение ожирения и метаболического синдрома является актуальной проблемой современной медицины. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛБЖ) успешно применяется для лечения ожирения с 80-х годов прошлого столетия. Материал и методы. Мы имеем опыт проведения 150 регулируемых бандажирований желудка у пациентов при различных степенях ожирения в течение 12-летнего периода. Из всей группы оперированных мужчины составили 27.8%, женщины – 72.2%. Средний возраст составил 41.2±11.7 лет. Масса тела – 130.6±30.2 кг, рост – 167.8±9.4 см, средний ИМТ 46.3±9.1 кг/м². Во всех случаях, кроме одного, использовалась система французского производства Gastric bands Heliogast. Для установки использовалась техника pars flaccida. В первой группе пациентов (50 человек) фиксация манжеты не производилась, у 100 пациентов после установки бандажа производилась фиксация манжеты 2-3 швами с помощью дна желудка к правой ножке диафрагмы. Результаты и обсуждение. Преимуществами ЛБЖ являются высокая безопасность, отсутствие контакта с просветом желудка, малая травматичность, обратимость и физиологичность, возможность регулировки. Эта операция ввиду своей малой травматичности и небольшому времени может применяться при высоком операционно-анестезиологическом риске. Ранние послеоперационные осложнения: перфорация задней стенки пищевода и желудка – 2 случая, термическое повреждение тонкого кишечника – 1 случай, раневые осложнения – 5. Летальности и перехода на лапаротомию не было. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения составили 2.1%. Поздние осложнения: слиппаж-синдром наблюдался у 1.4%, эрозия в просвет желудка – 2.1%, осложнения, связанные с портом – 3%. Всего количество осложнений – 15.4%. При изучении отдаленных результатов от 2 до 12 лет максимальная потеря лишнего веса (%EWL)

составила 67%. Недостаточная эффективность оперативного лечения по различным причинам наблюдалась у 18%. Низкая оценка качества жизни и питания наблюдалась у более половины пациентов (рвота после еды – 31%, рефлюкс – 24%). Необходимость в повторных операциях имело место у 5%, в том числе и по причине возврата веса. Через 5-7 лет у 31% пациентов наблюдался частичный возврат веса. Такие повторные операции были проведены у 19 пациентов. Достоверного различия в возникновении поздних осложнений в виде смещения бандажа у разных групп мы не обнаружили. Таким образом, несмотря на большое количество «малых» не летальных осложнений ЛБЖ является эффективным малоинвазивным методом лечения ожирения в молодых возрастных группах при ИМТ от 32 до 40 кг/м². Эффективность операции хуже у больных с ИМТ свыше 40, с тяжелым метаболическим синдромом и у пациентов с низкой комплаентностью. У таких пациентов ЛБЖ должна быть изначально заменена на более эффективную (рукавную резекцию желудка или шунтирующую операцию). Выводы. Поздние осложнения ЛБЖ могут быть связаны не только с особенностями техники, но и с пищевым поведением пациентов. Пути снижения частоты осложнений является усовершенствование техники операции, а также адекватное сопровождение пациентов в послеоперационном периоде. Повторные операции при поздних осложнениях ЛБЖ могут быть выполнены лапароскопическим методом.

194. Робот-ассистированная радиочастотная абляция печени

Панченков Д.Н. (1), Климов Д.Д. (1),
Нечунаев А.А. (1), Левин А.А. (2),
Воротников А.А. (2), Прохоренко Л.С. (2),
Подураев Ю.В. (2), Левченко О.В. (1),
Крылов В.В. (1), Янушевич О.О. (1)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России
- 2) ФГБОУ ВО МГТУ «СТАНКИН»
Минобрнауки России

Целью работы являлось качественное сравнение процесса мануального и роботизированного позиционирования электрода аппарата радиочастотной абляции под контролем навигационной стереосистемы. Основная идея заключалась в том, что применение коллаборативного манипулятора позволит с меньшей погрешностью и с первой попытки расположить активную часть электрода относительно центра новообразования. Кроме того, применение данного метода должно снизить психологические и физические нагрузки на оперирующий персонал. Материалы и методы. 20 говяжьих печеней, в которые заранее были помещены фантомы шарообразных новообразований размером 8-10 мм, пропитанных контрастирующим веществом, были размещены в силиконовых фантомах фиксирующих печень, имитируя её размещение в брюшной полости пациента. Полученные с помощью компьютерной томографии 3D-модели были проанализированы и загружены в навигационную стереосистему. Определены координаты точек входа и целевых точек. Положения электрода в мануальном и роботизированном режиме отслеживались и записывались навигационной стереосистемой для дальнейшего анализа. Результаты. СКО точек от заданной линейной траектории в мануальном режиме составило 2.23 мм, в роботизированном – 0.33 мм. При этом максимальное отклонение составляло 7.99 мм и 0.55 мм соответственно. Превосходство робота очевидно, его погрешность более чем в семь раз ниже. СКО точек от заданной целевой точки оказались сопоставимыми 2.49 мм и 2.69 мм. Здесь преимущества робота нивелируются. Средняя скорость составила 3.12 мм/с и 2.97 мм/с, а СКО составило 3.05 мм/с у человека против 0.66

мм/с у робота. Таким образом, по 2 параметрам из трех манипулятор превосходит хирурга, по 1 установилось равенство. Кроме того, оперирующим врачом было отмечено удобство проведения операции и, как следствие, снижение общей нагрузки и интенсивности эмоционального фона. Заключение. Эксперимент проводился в рамках разработки многофункционального роботизированного хирургического комплекса и успешно подтвердил возможность и необходимость применения роботизированных технологий в минимально инвазивной хирургии абдоминальной полости. Коллектив авторов планирует продолжать работу в этом направлении.

195. Комбинированная малоинвазивная терапия недостаточности прямокишечных анастомозов

*Воронцов Олег (Vorontsov Oleg),
Шпахтхольц Даниэль (Spachtholz Daniel),
Толочик Вадим (Tolochyk Vadim),
Кристиан Грэб (Christian Graeb)*

Хоф (Hof), Германия (Germany)

Сана Клиникум Хоф (Sana Klinikum Hof GmbH)

Введение: Несостоятельность анастомозов после операций на прямой кишке по поводу опухолей различного генеза и воспалительных заболеваний является одним из редких, но самых грозных хирургических осложнений, приводящей к росту летальности пациентов в ближайшем послеоперационном периоде и ухудшению прогноза и продолжительности жизни у онкологических больных. Цель: Нашей задачей явилась оценка возможностей малоинвазивных методов лечения несостоятельств прямокишечных анастомозов, позволяющих избежать повторных оперативных ревизий, которые являются нагрузкой для пациентов и технически сложной задачей для хирурга. Материалы и методы: С января 2013 по декабрь 2018 в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии больницы города Хоф было выполнено 312 операций на толстой и прямой кишке с наложением первичного прямокишечного анастомоза

циркулярно-сшивающими аппаратами. Анастомозы были наложены на высоте 6 см от сфинктера и выше и не требовали протективной илеостомы. У 14 пациентов (4,48%) развилась недостаточность анастомоза, которая сопровождалась клинической симптоматикой и лабораторными изменениями. Именно тогда была проведена инвазивная терапия, направленная на коррекцию патологических сдвигов, общих и локальных, вызванных несостоятельностью анастомоза. Результаты: В 9 случаях, когда ведущим в клинической и лабораторной картине был послеоперационный перитонит (истечение кишечного содержимого по дренажу, перитонеальная симптоматика и выраженный лейкоцитоз) мы выполняли лапароскопическую или открытую ревизию брюшной полости. У 6 пациентов была выполнена операция Гартманна с наложением одностольной колостомы и последующие промывания брюшной полости. У 4 пациентов мы использовали абдоминальную вакуумную систему ABThera с поэтапным закрытием брюшной стенки. Один 83 летний пациент, с выраженными сопутствующими заболеваниями, умер. В 1 случае мы рискнули, после резекции анастомоза, наложить новый анастомоз под защитой двустольной илеостомы. У остальных 2 пациентов из этой группы мы провели лапароскопическую санацию малого таза, наложение дополнительного дренажа к месту недостаточности анастомоза и протективной илеостомы, а также трансректальную установку эндовакуумной губки в полость дефекта. Иной подход мы применили у остальных 5 человек. У 2 пациентов, когда без развития перитонеальной симптоматики, повышалась температура, появлялся озноб и, или отчетливо росли лабораторные воспалительные показатели, мы выполняли КТ брюшной полости и малого таза, а также ректоскопию. У тех пациентов, у которых было установлено наличие жидкостного образования в пресакральном регионе, но дефект анастомоза не превышал нескольких миллиметров, радиологи выполняли наложение дренажа в полость абсцесса под контролем КТ, а мы накладывали на зону дефекта анастомоза OTSC клип. Дальше производилось регулярное промывание дренажа и эндоскопический контроль анастомоза. После уменьшения полости и отрицательного микробиологического посева, последний удалялся и пациент выписывался для амбулаторного контроля. Если же несостоятельность анастомоза была длиной более 1 см, края воспалены и утолщены, тогда полость дренировалась губкой эндовакуумной системы и лапароскопически

накладывалась илеостомы. Стационарное лечение со сменой эндосистемы каждые 4 дня длилось около 3 недель, с последующим амбулаторным контролем и удалением губки. Закрытие илеостомы проводили в среднем через 6 недель. В группе пациентов с комбинированной малоинвазивной терапией хирургической ревизии брюшной полости не потребовалось. Выводы: Наш опыт в выполнении малоинвазивной комбинированной терапии, при недостаточности прямокишечного анастомоза, показывает ее высокую эффективность, однако требует от хирурга четкого дифференцированного подхода, хорошей клинической и аппаратной диагностики, опыта в проведении эндоскопических вмешательств и тесного взаимодействия со специалистами смежных областей.

196.Случай успешного лечения беременной женщины с аденокарциномой толстой кишки осложнившейся острым аппендицитом

Китаева М.А., Корольков А.Ю., Захаренко А.А., Трушин А.А., Зайцев Д.А., Попов Д.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова" МЗ РФ

По данным литературы среди больных раком толстой кишки количество женщин в 1,5 раза превышает число мужчин. Следует отметить, что 5,1% больных моложе 30 лет. Молодой возраст больных, находящихся в репродуктивном периоде, предопределяет возможность возникновения данного заболевания на фоне беременности или развития беременности при существующем раке этой локализации. ПСПБГМУ им.акад. И.П. Павлова является стационаром, оказывающим помощь беременным с экстрагенитальной патологией. Пациентка И. 36 лет 31/32 нед. беременности поступила в экстренном порядке с абдоминальным болевым синдромом в клинику акушерства и гинекологии. Из anamnesis morbi известно, что больна около суток, когда появились боли в правой поясничной области с иррадиацией в подвздошную

область, однократную рвоту, съеденной пищей. Несмотря на самостоятельный прием спазмолитиков, болевой синдром нарастал, что послужило причиной обращения за медицинской помощью. Так же из anamnesis vitae известно, что наблюдается в женской консультации по поводу беременности. Данная беременность вторая, первая завершилась родами в срок. Нынешняя беременность (из выписок амбулаторной карты) протекает со склонностью к анемии (на протяжении беременности гемоглобин колеблется в пределах 85-100 г/л), отсутствием прибавки в весе. По данным УЗИ плода- развитие в соответствие со сроком беременности. При обследовании в условиях акушерского-гинекологического стационара острая акушерско-гинекологическая патология исключена. Заподозрен диагноз острый аппендицит. Для дальнейшего обследования пациентка переведена в СОСМП, где осмотрена хирургом. При объективном обследовании- живот увеличен в размерах, не вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы положительные. Так же в КАК отмечается лейкоцитоз до $17,1 \times 10^9$ /л, Hb 110 г/л. Данные УЗИ ОБП малоинформативны, убедительно свободной жидкости в брюшной полости не визуализируется. Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного обследования, лабораторных и инструментальных обследований у пациентки невозможно исключить диагноз острый аппендицит и выставлены показания к экстренному оперативному вмешательству. Доступом по Мак-Бурнею вскрыта брюшная полость. В правой подвздошной области определяется около 100 мл серозно- мутного выпота и гангренозно измененная верхушка червеобразного отростка с перфоративным отверстием. Основание отростка не определяется. В направлении к основанию в его проекции и куполе слепой кишки пальпируется плотное бугристое образование. Определяется парааппендикулярный инфильтрат с мягкими тканями передней брюшной стенки. Данные ревизии свидетельствуют об опухоли слепой кишки и на этом фоне вторичном гангренозно-перфоративном аппендиците. Учитывая срок беременности и отсутствие явной угрозы ее прерывания, от родоразрешения принято решение воздержаться. Выполнен параректальный доступ. При ревизии было установлено отсутствие карцероматоза и метастазов в печени. Наличие лимфаденопатии вдоль a. et v. ileocolica. В куполе слепой кишки опухоль до 5 см в диаметре, расположенная в проекции устья аппендикса. Учитывая наличие экстренной онкологической службы в условиях ПСПБГМУ им. акад. И.П Павлова

выполнен онкологический объем операции – правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией ДЗ. Ранний послеоперационный период протекал тяжело. У пациентки наблюдались проявления пареза кишки. Несмотря на проводимую многокомпонентную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации на 3-и сутки отмечено нарастание явлений системной воспалительной реакции, повышение уровня прокальцитонина. В совокупности с сохраняющимся парезом кишки выставлены показания к повторной экстренной операции. Совместно с бригадой акушеров гинекологов выполнена лапаротомия. В брюшной полости около 500 мл серозного выпота с включениями фибрина, преимущественно в правой подвздошной области. Петли тонкой кишки раздуты до 4 см на всем протяжении. В 50 см от илеотрансверзоанастомоза выявлено перфоративное отверстие острой язвы тонкой кишки. Перфоративное отверстие ушито двухрядным швом. Выполнена НГИИ - эвакуировано около 2000 мл застойного кишечного содержимого. Илеотрансверзоанастомоз - состоятелен. Таким образом у пациентки перфорация острой язвы тонкой кишки. Распространенный серозный перитонит, реактивная фаза. Учитывая интраоперационные находки принято решение о родоразрешении путем кесарева сечения. Извлечен живой недоношенный плод женского пола 1580гр, 7/8 баллов по Апгар. А так же учитывая наличие признаков перитонита, объем операции расширен до экстирпации матки с маточными трубами. Дальнейший послеоперационный период гладкий. Через 14 дней пациентка выписана на амбулаторное лечение под наблюдение к онкологу по м/ж. Гистологическое заключение умереннодифференцированная аденокарцинома слепой кишки G2. В 28 л/у признаков злокачественного роста не обнаружено. pT3pN0cM0(0/28)pG2R0 Данный клинический случай показывает смазанность клинической картины колоректального рака на фоне беременности, что приводит к поздней диагностике данного заболевания. Однако при обращении данных пациенток в специализированные стационары, занимающиеся экстрагенитальной патологией беременных, сохраняются довольно высокие шансы на успешное лечение, включающее оперативное вмешательство по основной патологии по всем современным онкологическим принципам, сочетающее сохранение беременности либо родоразрешение с сохранением жизнеспособности плода.

197. Анализ непосредственных результатов лапароскопической паховой герниопластики без фиксации сетчатого эндопротеза

*Зайцев О.В. (1,2), Мокрова А.В. (1),
Хубезов Д.А. (1,2), Юдин В.А. (2),
Тарасенко С.В. (3), Барсуков В.В. (2)*

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ им. ак. И.П. Павлова
Минздрава России
- 2) ГБУ РО ОКБ
- 3) ГБУ РО ГКБСМП

Актуальность. На долю паховых грыж среди всех хирургических патологий приходится около 3-7%. Грыжесечение встречается в 8 – 24% случаев среди оперативных вмешательств общехирургического стационара. В настоящее время один из самых популярных вариантов хирургического лечения паховых грыж – это трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРП). Но даже при данном методе встречаются рецидивы. Кроме рецидивов, в послеоперационном периоде может развиться острая или хроническая боль в зоне операции, связанная с вовлечением нервных волокон в зону фиксации эндопротеза. Наличие при, казалось бы, оптимальном варианте оперативного лечения осложнений, и нерешенность вопроса о необходимости фиксации эндопротеза, послужили основанием для научной работы. Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУ РО ГКБСМП и ГБУ РО ОКБ за 2017 – 2018 гг. В исследование были включены 280 пациентов трудоспособного возраста с паховыми грыжами. Деление на группы было рандомизированное. Средний возраст составлял 42,2±9,1 года. Использовались отечественные полипропиленовые эндопротезы с традиционной структурой плетения с поверхностной плотностью 65–80 г/м². В первой группе (137 пациентов) проводили ТАРП-пластику без фиксации сетчатого импланта, заступающего за края грыжевых ворот не менее чем на 5 см, в случае прямых паховых грыж дополнительно применяли пластику поперечной фасции. Во вторую группу были включены 143 пациента, которым выполняли классическую ТАРП-пластику грыжевых ворот с фиксацией сетчатого импланта с помощью герниостеплера. Для оценки непосредственных результатов лечения в группах сравнения исследовали следующие критерии: – продолжительность оперативного вмешательства; –

выраженность послеоперационного болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); – частота и тяжесть послеоперационных осложнений, оцениваемых по шкале Clavien–Dindo; – доза вводимых анальгетиков, представленных опиоидным производным; – средняя продолжительность госпитализации (койко-дни), – осмотр через 6 мес на предмет рецидива. Статистическая обработка материалов выполнена с помощью программного обеспечения Statistica 6.1 (StatSoft, Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2010) в среде операционной системы Windows 10. Для статистической обработки количественных нормально распределённых признаков применяли параметрический t-критерий Стьюдента, для обработки качественных порядковых и номинальных признаков — непараметрический метод с вычислением критерия χ^2 (Пирсона). Достоверным считали уровень $p < 0,05$. Полученные результаты. При анализе продолжительности оперативного вмешательства не отмечено существенного статистически значимого различия в показателях основной и контрольной групп, время составляло соответственно $36,8 \pm 14,1$ и $35,5 \pm 15,2$ мин ($p=0,92$). В первой группе через 24 ч уровень боли по ВАШ составил $1,35 \pm 1,03$, во второй группе — $2,74 \pm 1,54$ ($p=0,45$). Необходимая доза наркотического анальгетика в 1-е сутки после оперативного вмешательства в среднем на 1 пациента составила в первой группе $0,2 \pm 0,1$ мг, во второй — $0,48 \pm 0,05$ мг ($p=0,03$). Послеоперационные осложнения не превышали I степени среди пациентов обеих групп. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в первой группе составила $4,1 \pm 1,1$ койко-дня, во второй — $5,3 \pm 1,1$ ($p=0,5$). На момент выписки и через 6 мес. после оперативного вмешательства у пациентов обеих групп не было выявлено ни одного случая дислокации сетчатого эндопротеза и рецидивирования. Обсуждение. При фиксации сетки к костным структурам, сухожильным и мышечным волокнам имеется риск вовлечения в шов нервных и сосудистых структур и развитию в послеоперационном периоде боли. Выводы. 1. Длительность операции достоверно не различается в первой и второй группах. 2. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале в первой группе ниже, чем во второй. 3. Эффективность бесфиксационного способа не ниже, чем при общепринятой TAPP-герниопластике. Рекомендации. При TAPP косых паховых грыж допустимо без дополнительной фиксации использовать полипропиленовые эндопротезы размером не менее 15 x 15 см.

198. Виртуальное КТ-моделирование рационального варианта адrenaлэктомии

Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Железняк И.С., Блюмина С.Г.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Широкое внедрение минимально инвазивных технологий в клиническую практику привело к необходимости обоснованного использования открытых и эндовидеохирургических доступов при опухолях надпочечников (НП). Современная мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяет выполнить дооперационное планирование рационального варианта хирургического доступа для адrenaлэктомии (АЭ), однако, данному вопросу в литературе уделяется недостаточно внимания. Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения 1196 больных хирургическими заболеваниями НП. Моделирование рационального варианта хирургического доступа к НП с опухолью осуществлено у 362 пациентов после оценки особенностей их топографо-анатомического расположения по данным МСКТ. Результаты. Использование у 362 больных многоплоскостных КТ-срезов с последующей обработкой изображений позволило спроектировать выполнение АЭ ретроперитонеоскопическим доступом ($n=303$), лапароскопическим ($n=25$) и торакофренотомическим ($n=30$), торакофренолапаротомическим ($n=5$). Выполнено 363 оперативных вмешательства 362 больным. Одномоментная двусторонняя ретроперитонеоскопическая АЭ по поводу феохромоцитом выполнена у 1 пациента. Определены достоверные КТ-критерии, влияющие на продолжительность и безопасность выполненных АЭ вышеуказанными доступами. Определено, что для правого НП с опухолью такими критериями являются: диаметр новообразования; расположение НП с опухолью относительно нижней полой вены и нижней правой печеночной вены; контакт с сосудами в воротах почки, а также наличие добавочных центральных вен НП. Определяющими факторами при планировании доступа к левому НП считаются: диаметр новообразования, контакт с сосудами в воротах почки и селезеночными сосудами, расположение в аорто-ренальном

сосудистом треугольнике. Установлено, что ретроперитонеоскопическая АЭ, выполненная у 83,7% больных опухолями НП диаметром ≥ 8 см, является операцией выбора. Лапароскопический доступ сохраняет актуальность лишь при правосторонней локализации опухоли НП диаметром до 8 см и планировании симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости у лиц брахиморфного телосложения (8,3%). Открытые доступы показаны при доброкачественных образованиях НП более 8 см в диаметре, генерализованных формах аденокортикального рака (АКР) (Т3-4N0-2M0-1), злокачественных хромаффиномах с признаками инвазии или отдаленного метастазирования ($n=9,7\%$). Обсуждение. Выбор рационального варианта хирургического доступа при помощи КТ-проектирования позволяет выполнить АЭ в полном объеме, обеспечивает малую травматичность выделения опухоли НП и его сосудов, сократив продолжительность операционного времени, а при злокачественных опухолях без признаков прорастания в соседние органы дает возможность осуществить забрюшинную лимфодиссекцию. Рациональное использование эндовидеохирургических оперативных вмешательств при доброкачественных опухолях НП позволило избежать развития осложнений и летальности, обеспечить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты лечения, что подтверждается данными, представленными другими авторами. Выводы. МСКТ позволяет до операции выполнить адекватное планирование наиболее безопасного хирургического доступа для АЭ, позволяющего избежать развития интра- и послеоперационных осложнений, минимизировать операционную травму, сократить продолжительность операционного времени, ускорить медицинскую и социальную реабилитацию пациентов. Рекомендации. При планировании хирургического доступа для АЭ необходимо выполнять МСКТ-проектирование, позволяющее создать виртуально-образное восприятие о топографии и синтопии НП в условиях опухолевого роста. На основании КТ-признаков высокого риска возникновения технических сложностей во время операции, удлиняющих её время и приводящих к возможности развития интраоперационных осложнений, целесообразно осуществлять выбор безопасного варианта хирургического доступа для АЭ.

199. Опыт применения интерфасциальных блокад (ИФБ) при хирургических вмешательствах в Стационаре кратковременного пребывания №1 ГКБ им. С.П. Боткина.

Макаров О.В., Ужевская К.С., Осипов С.А., Якомаскин В.Н.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Введение Нашей задачей был поиск безопасной и эффективной методики анальгезии для пациентов «хирургии одного дня». Цель исследования Оценить эффективность и безопасность ИФБ при лапароскопических и открытых операциях в условиях СКП. Материалы и методы ИФБ были проведены у 724 пациентов за период 6 мес. 2016 - 2018 г. 255 больным - выполнены лапароскопические пластики паховых грыж (ТАРП), 138 - открытые пластики сеткой (операция Лихтенштейна), 201 - лапароскопическая холецистэктомия. Возраст пациентов от 18 до 80 лет ($48,8 \pm 15,2$). 131 пациенту проведены микрохирургические операции по поводу варикоцеле. Возраст от 18 до 48 лет ($31 \pm 4,6$). Все оперированные были отнесены к группе ASA I-II. Для проведения блокад использовали нарופן 2 мг/мл + дексаметазон 0,12 мг/мл + адреналин 2 мкг/мл в дозе не более 200 мг ($2,5$ мг/кг). ИФБ была компонентом КЭТН или аналгоседации. Блокада проводилась под УЗ наведением. Анестетик вводили в интерфасциальное пространство между внутренней косой и поперечной мышцами. Компоненты общей анестезии включали пропофол, фентанил, севофлюран (десфлюран). Группа сравнения - 17 пациентов, которым вмешательства проведены под КЭТН. Результаты Использование ИФБ позволило снизить потребление фентанила ($150-200$ мкг против $500-600$ мкг в группе сравнения) и мышечных релаксантов ($30-50$ мг рокурония против $50-70$ мг в группе сравнения) при сопоставимой продолжительности оперативного вмешательства. В группе ИФБ оценка уровня болевого синдрома по ВАШ составила после пробуждения в покое $1,5 \pm 0,5$ балла, при движении $2,3 \pm 0,3$; перед переводом из палаты пробуждения $1,3 \pm 0,3$ в покое и $2,1 \pm 0,4$ при движении, при выписке из стационара $1,7 \pm 0,4$ в покое и $1,9 \pm 0,2$ при движении. У больных контрольной группы соответственно: после пробуждения $1,7 \pm 0,7$ и $3,5 \pm 0,4$; перед

переводом из палаты пробуждения 3,2+/-0,5 и 4,3+/-0,7; перед выпиской из стационара 2,5+/-0,8 и 4,7+/-0,7. Пациенты с ИФБ достигали 2 баллов по шкале глубины седации Ramsay через 12+/-7 мин, а в группе сравнения 34+/-11 мин. Длительность кожной гипостезии после выполнения блокады достигала 6 часов, а длительность анальгезии – 18 – 20 часов. Все пациенты были выписаны из стационара в день операции. Не было тяжелых токсических реакций и других осложнений, повлиявших на результаты лечения пациентов в связи с выполнением ИФБ. Заключение ИФБ является эффективной и безопасной методикой. Она купирует «динамическую» послеоперационную боль, облегчает выписку пациентов в день операции и обеспечивает длительную послеоперационную анальгезию. ИФБ может быть рекомендована, как базовая методика анальгезии для стационаров кратковременного пребывания.

200.Видеолапароскопическое ушивание острых перфораций, преимущества и недостатки

Рыбаков Г.С., Исаев А.И., Карсотьян Г.С.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Язвенная болезнь желудка и ДПК поливалентное заболевание считающееся наиболее изученным. В то же время у 10-15% больных развиваются жизнеугрожающие осложнения как перфорации, требующие неотложной операции. Послеоперационная летальность колеблется от 1,5 до 40%, а среди госпитализированных спустя 24 час, умирает до 50% пациентов. Поэтому среди множества хирургических методов необходимо выбрать наиболее адекватный и эффективный для конкретного больного. Материал и методы. Проведен анализ лечения 340 больных с 2013 по 2017г. по поводу перфорации язвы пилоробульбарной зоны. Возраст от 24 до 90 лет. Мужчин 217(63,8%), женщин 123(36,2%). Разделены на 4 группы(по ВОЗ). Молодые 56(16,5%), среднего 109(32%), пожилого 126(37,1%), старческого возраста 49(14,4%)больных. По тяжести 37(10,9%)

больных госпитализированы в отделение реанимации. Лапароскопическому ушиванию подлежали перфорации в диаметре от 0-10мм с инфильтративным валом от 0-10мм, при отсутствии осложнений. Диагностическая лапароскопия выполнена 301(88,5%) больному, в 264(77,6%) переведена в лечебную. Конверсия у 37(10,9%)больных. После 24 час. после перфорации госпитализировано 76(22,4%) больных с отягощенным статусом. Тяжесть состояния определяли по АРАСНЕ – II. Плохой прогноз и возможная летальность отмечена от 20 до 65%. Высокий операционно- анестезиологический риск по системе ASA отмечен в третьей и особенно четвертой группах. При перфоративной язве пилородуоденальной зоны ушивание выполняли отдельными однорядными и 2-х рядными швами. При конверсии предпочтение отдавали лапаротомии из минидоступа. Операцию по Опелю-Поликарпову использовали после конверсии в осложненных случаях. Для определения эффективности лечения использовали опросник с учетом комфортности жизни в послеоперационном периоде. Результаты. Видеолапароскопия была выполнена 88,5% больных. В первой группе 92,8%, во второй 82,6%, в третьей 91,3, в четвертой 14,3%. Перфорация в пилоробульбарной зоне локализовалась у 86% больных. Лапароскопическое ушивание перфорации выполнено 77,6% пациентам. Размер дефекта колебался от 2до7мм. Осложнения отмечены у 0,8% больных. Умерших не было. Комфортность жизни через пять лет удовлетворительная. При ЭГДС признаков стенозирования, язвообразования нет. В группе 22,4% больных старческого возраста лапароскопия выполнена в 48,7% случаях. Конверсия в первой группе 7,1% больным, во второй 17,4%, в третьей 8,7%, в четвертой 85,7% пациентам. Перфорация локализовалась в пилоро-бульбарной зоне у 100% больных. Размеры язвы колебались от 5 до 15мм, с каллезными краями и инфильтративным валом от 5 до 10мм. Операция из мини-доступа выполнена у 10,3% больных. В 80,0% язва локализовалась в пилорическом отделе желудка, в 20% в ЛДПК. Перфорация более 10мм, инфильтративный вал до 5мм. Ниша ушита 2-х рядным атравматическим швом. Перитонит серозно-фибринозный отграниченный. Летальных исходов в этой подгруппе не было. Осложнения имелись у 8,6% больных. Традиционная лапаротомия выполнена в 12,1% случае, больным старческого возраста. Ушивание перфорации с оментопластикой по Опелю-Поликарпову выполнено 82,9% больным.

Осложнения отмечены у 24,4%. Умерло в этой подгруппе после открытых операций 9,8% больных. Обсуждение: Эффективность видеолaparоскопического лечения перфораций ЖКТ обусловлена наиболее легким послеоперационным периодом, отсутствием осложнений. Реабилитация протекала легче и по срокам короче. Недостатки: Высокий риска анестезиологического пособия не всегда позволяет выполнить лапароскопию у больных пожилого и старческого возраста. Операция из мини-доступа может быть альтернативой лапароскопическому способу если размер перфорации превышает 10мм, локализация ниши неудобна для лапароскопического пособия. Традиционная лапаротомия только по жизненным показаниям.. Выводы. Видеолaparоскопическое ушивание неосложненных перфоративных пилоробульбарных язв размерами ниши до 10мм и инфильтративного вала до 10мм, без перитонита является приоритетным. 2. Открытая лапаротомия с использованием мини-доступа, является операцией выбора у больных с перфорацией язвы пилоробульбарной зоны, не требующей резекции желудка и отсутствии распространенного перитонита.

201.Миниинвазивные эндоскопические технологии при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях

Рыбаков Г.С., Исаев А.И., Эльдерханов М.М.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Значительный прогресс в хирургии и фармакотерапии язвенной болезни желудка и ДПК позволил добиться хороших результатов, почти у 95 % больных. Однако осложнения в виде желудочно-кишечных кровотечений по нашим данным и отчетам главных хирургов областей встречаются у 5- 7,5% больных. Материал и методы: Проведен анализ лечения 375 больных госпитализированных с клиникой гастро-дуоденального кровотечения. Продолжающееся кровотечение у 90(24%) больных, состоявшееся у 285 (76%). Источником

кровотечения у 195 (52%) больных явились язвы двенадцатиперстной кишки, у 165 (44%) - язва желудка. Сочетанные эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены у 15 (4.0%) обследованных. По результатам выполненной гастроскопии, по классификации (Forrest ,1974) распределились следующим образом: Fla -54 (14,4%) больных, Flb - 97 (25,9%) больных, F2a- 105 (28,0%) больных, F2b - 92 (24,5%) больных, F 2c - 27 (7,2%) больных. Тяжесть состояния определяли по клинико-лабораторным критериям (Горбашко А.И., 1974). При анализе тяжести состояния выявлена кровопотеря легкой степени: у 119 (31,7%) пациентов, средней степени тяжести у 55(14,6%) и тяжелой степени у 201 (53,6%). Больные с кровотечением лечились в отделении реанимации. Проводились комбинированные способы эндоскопического гемостаза и гемостатическая терапия. Наиболее часто сочетание инъекционного способа с этанолсодержащими (этоксисклерол), гипертоническим растворами (10% раствором натрия хлорида), использование вазоконстрикторов -адреналин в объёме от 2-4 мл до 6-8 мл, аргон-плазменной коагуляции, клипирование сосудов, термокаутеризации. Результаты и обсуждение: При кровотечении F-la клипирование сосуда с инъекционным гемостазом выполнено в 34(62,9%)случаях, инфильтрационный комбинированный гемостаз с аргон-плазменной коагуляцией у 20(37%). При Flb комбинированный инфильтрирующий эндогемостаз с аргонплазменной коагуляцией выполнен у – 57(58,8%) больных, у 40(41,2%) пациентов использована комбинированная инфильтрация с клипированием. В группе больных с F 2a у 85(80,9%) больных эндогемостаз выполнен с клипированием сосуда и инфильтрацией тканей, в 20(19%) случаях комбинированная инфильтрация с термокаутеризацией. После полного отмытия сгустка при F2b в 21(22,8%) случае использована аргонплазменная коагуляция, в 17(19,4%) случаях инфильтрационный комбинированный гемостаз, у 54(58,7%)больных использовано клипирование и инфильтрационный эндогемостаз. F2c у 88 (20,1%) больных язва была острой, до 1.0см поверхностная эндогемостаз не требовался. Подобная тактика обеспечила надёжный гемостаз. Рецидив кровотечения, после эндоскопического гемостаза отмечен у 80 (21,3%) пациентов. При F2-a – у 52 (49,5%) пациентов и F2-b у 28(30,4%) больных, что потребовало экстренного комбинированного эндоскопического гемостаза. Наиболее эффективным по нашим данным оказалось сочетание инъекционных способов с техническим

воздействием. Наиболее часто использовали инъекционный гемостаз и аргонно-плазменную коагуляцию. Мы придерживаемся тактики оперирования больных только после второго рецидива. Всего оперировано по экстренным показаниям после повторного рецидива в условиях реанимации 38(10,1%) больных с большими, более 2.0см глубокими язвами на задней стенке с пенетрацией в головку поджелудочной железы. Послеоперационная летальность в этой группе равна 4(10,5%). Проведенный анализ позволил установить, что наиболее широкое использование миниинвазивных эндоскопических технологий позволило снизить число рецидивов кровотечения у больных с гигантскими язвами ЖКТ, выполнить адекватный гемостаз при рецидиве кровотечения. Кратно снизить летальность за счет окончательной остановки кровотечения, снизить число операций, снизить риск операции после эндогемостаза. У больных находящийся в стационаре оперативное лечение можно предлагать при высоком риске третьего рецидива ЖКК.

202. Настоящие перспективы лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита

Вакулин Г.В.(1), Бабаев Ф.А.(1), Ледин А.О.(1), Новосельцев А.Е.(1), Медведев А.Ю.(2)

Тверь

- 1) Тверской ГМУ,
- 2) ГБУЗ ГКБ №6

Лапароскопические операции становятся более популярны в ургентной хирургии. Если при установленном диагнозе аппендицита лапароскопическая аппендэктомия – это «золотой» стандарт, то по поводу места лапароскопии в диагностическом алгоритме при подозрении на аппендицит нет консенсуса. За последний год в нашей клинике с подозрением на острый аппендицит оперировано 87 пациентов, в 44 случаях (50,6%) операция начата с лапароскопии. Среди этих пациентов у 11 диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений, остальным 33 пациентам (75%) вмешательство начиналось с

диагностической лапароскопии. Возраст пациентов колебался от 18 до 63 лет, женщин было 27, мужчин 17. Все они поступили в стационар от 4 до 72 часов с начала заболевания. В 8 случаях (18%) аппендэктомия не выполнялась, причиной абдоминальной боли были другие заболевания (аппендицит – 7 и мезаденит – 1). 36 пациентам произведена аппендэктомия, в 29 случаях (66%) лапароскопически, в 7 случаях (24,1%) выполнена конверсия. Длительность оперативного вмешательства составляла от 20 до 90 мин, в среднем 45 мин. В большинстве случаев отросток визуализировался сразу, только в 3-х случаях (10%) он располагался ретроцекально. Фибрин на отростке наблюдался всегда, как и симптом «карандаша». Выпот в брюшной полости наблюдался у 13 пациентов (45%), причем у двоих был гной. Некроз стенки отростка у 6 пациентов, что позволило поставить диагноз гангренозного аппендицита, однако не помешало закончить аппендэктомию лапароскопически. Только в 4 случаях (14%) при диссекции брыжейки выделялся ствол аппендикулярной артерии, что позволило клипировать ее. В остальных случаях кровоснабжение носило рассыпной тип. Основание отростка было толщиной менее 1 см только у 3 пациентов (10%), в этом случае на основании накладывались клипсы. В остальных случаях культя обработана петлей Редера. Петли готовили самостоятельно, для опускания лигатур использовали оригинальную металлическую палочку. Осложнения во время операции наблюдались в 7 случаях (24%): у 2-х фрагментация отростка, у 2-х излитие содержимого в брюшную полость при извлечении отростка из брюшной полости, у 3 пациента произошло срезание лигатур с основания при отсечении отростка. Ушивание культи проводилось эндоскопически. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Конверсия выполнена у 3 пациентов с гангренозным аппендицитом, ретроцекальным и подпеченочным расположением отростка, в 1 случае причину источник перитонита не удалось верифицировать. У 2-х пациентов длительность заболевания составила более суток, возникли технические трудности выделения аппендикса из формирующегося инфильтрата. Повторно оперирован 1 пациент, выявлена несостоятельность культи отростка. У 6 пациентов с конверсией проводилась перед операцией КТ брюшной полости, при которой диагноз острого аппендицита был подтвержден, однако оставалось неясным возможность выполнения операции лапароскопически из-за отсутствия ясности об анатомических

взаимоотношениях органов. Всем пациентам проводилась периоперационная профилактика инфекции внутривенным введением амоксициллина. К концу первых суток пациенты чувствовали себя удовлетворительно и могли полностью себя обслуживать, интенсивность болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале оценивалась от 2 до 5. Выписка осуществлялась не раньше 4 суток, т.к. соблюдались рекомендованные стандарты ФОМС. Выводы: У больных с подозрением на острый аппендицит операцию всегда надо начинать с лапароскопии, так как остается вероятность до 18%, когда аппендэктомия не потребуется. При установленном диагнозе приоритет в методах обследования отдается лапароскопии, т.к. это позволяет определиться с возможностью выполнения операции лапароскопическим методом. Ограничениями для лапароскопического способа аппендэктомии могут быть ретроцекальное расположение отростка или гангренозный аппендицит, с явлениями тифлита и развитием инфильтрата при сроке заболевания более 24 часов.

203. Оптимизация миниинвазивных вмешательств в лечении деструктивного панкреатита

*Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Исаев А.И.,
Эльдерханов М.М.*

Москва

МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Актуальность. По данным нашей клиники отмечается снижение числа больных острым панкреатитом и позднего обращения. Возможность круглосуточного лабораторно-инструментального мониторингирования позволяет достаточно быстро, адекватно и своевременно установить диагноз и определить тактику лечения. Летальность при деструктивном панкреатите и его осложнениях колеблется в пределах 15-25 %, но использование клинических рекомендаций (РОХ; С-П, 2014) позволяет ее снизить, о чем свидетельствуют данные отчета главного хирурга Москвы (Шабунин А.В. 2017). Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 644 больных

острым панкреатитом (ОП). Мужчин было 408 (63,3%), женщин - 236 (36,6%). Алкогольно-алиментарный панкреатит выявлен у 508 (78,9%) больных, билиарный у 136 (21,1%). Стерильный ОП (жировой, геморрагический, смешанный) у 378 (58,7%) больных, инфицированный у 121 (18,8%). Инфицированная киста ПЖ выявлена у 56 (8,7%) пациентов, абсцесс у 47 (7,3%), флегмона забрюшинной клетчатки - 35 (5,4%) больных. Фибринозно-гнойный перитонит - 7 (1,08%) больных. Легкая степень тяжести отмечена у 327 (50,8%) пациентов, средняя у 121 (18,8%), тяжелая у 196 (30,4%) больных. Тяжесть состояния определяли по APACHE - II. Плохой прогноз и возможная летальность отмечена от 15 до 45%. Высокий операционно-анестезиологический риск по системе ASA отмечен в основном у больных алкогольно-алиментарным панкреатитом. Больные средней и тяжелой степени лечились в условиях ОРИТ. Во время ЭГДС выполняли назоинтестинальную интубацию и вводили солевые маномерно-электролитные растворы, для стимуляции кишечника и профилактики инфицирования. Для снижения желчной гипертензии и литэкстракции использовали ЭРХПГ, ЭПТ. Больным алкогольно-алиментарным панкреатитом в большинстве случаев выполняли стентирование общего желчного и/или Вирсунгианова протоков. При стабильной гемодинамике проводили экстракорпоральную детоксикацию. В качестве основных хирургических вмешательств использовали видеолапароскопию как для диагностики, так и для лечения. Дренировали жидкостные образования и желчный пузырь под контролем УЗИ. У больных инфицированным панкреонекрозом в предыдущие годы использовали операции из мини-доступа (лапаротомия и люмботомия.). Результаты. Энтеральный лаваж проведен 524 (81,4%) больным. Видеолапароскопия выполнена - 454 (70,5%) больным, как лечебное вмешательство 417 (64,8%). Санация и дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости 338 (52,5%) больным, санация и дренирование сальниковой сумки 286 (44,4%) больным, холецистостомия 165 (25,6%) больным. Открытые операции из мини-доступа выполнены 47 (7,3%) больным. Мини-люмботомия справа и/или слева дополнена в 37 (5,7%) случаях. Традиционная лапаротомия выполнена 7 (1,08%) больным с фибринозно-гнойным перитонитом. Осложнения в группе больных после мини-доступа развились в 19 случаях. Кровотечение из аррозированных сосудов у 15 пациентов, толстокишечный свищ наблюдался у 3 больных,

тонкокишечный свищ у 1 больного. Летальных исходов при стерильном панкреонекрозе не было. В группе с инфицированным панкреонекрозом умерло 17 (14%) пациентов на фоне панкреатогенного сепсиса. Общая летальность равна 2,6%. Обсуждение: Круглосуточная возможность использования современных лабораторных и лучевых методов позволила адекватно и своевременно не только диагностировать ОП, распространенность и стадию развития, но и определить тактику лечения. Диагностика и лечение начинались с момента поступления больного в стационар. Наиболее широко использовались лучевые методы (УЗИ, КТ, МРКТ) и эндоскопические миниинвазивные технологии (ФГДС, ЭРХПГ, ЭПСТ, литэкстракция и стентирование). Видеолапароскопические санации выполнялись по требованию. Выводы. Широкое использование лечебной видеолапароскопии, стентирования общего желчного и Вирсунгианова протоков позволило снизить число осложнений на 8,1%, летальность в анализируемой группе больных на 12,2%. 2. Новые эндоскопические и миниинвазивные технологии должны занимать приоритетное место в диагностике и лечении больных острым панкреатитом.

204. Результаты малоинвазивного лечения пациентов ЖКБ, осложненной холедохолитиазом

*Сибгатуллин В.Н. (1), Яковлев С.А. (1),
Шамсутдинов С.М. (1), Чавкин П.М. (1,2),
Тонеев Е.А. (1,2), Чарышкин А.Л. (2)*

Ульяновск

- 1) ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи,
- 2) ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Цель: предоставить первые результаты малоинвазивного лечения пациентов ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, выполненные за 2018 год в условиях хирургического стационара Ульяновского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи.

Материалы и методы: в 2018 году в хирургических отделениях Ульяновского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи внедрена малоинвазивная система лечения пациентов ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, которая включает два этапа за одну госпитализацию. На первом этапе лечения данным пациентам выполняем эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с последующей литоэкстракцией корзинкой Dormia, на втором этапе после коррекции гомеостаза выполняли видеолапароскопическую холецистэктомию. В исследование включены 69 пациентов ЖКБ, осложненной холедохолитиазом. Среди пациентов преобладали женщины - 42 (60,8 %), мужчин было 27 (39,2%). Возраст пациентов варьировал от 25 до 78 лет, средний составил $43,2 \pm 24,6$ года. За отчетный 2018 год мы провели 69 ЭПСТ с литоэкстракцией корзинкой Dormia. ЭПСТ с литоэкстракцией и последующим видеолапароскопическим удалением желчного пузыря выполнено 56 (81,1%) пациентам. У 13 (19,1%) больных проведено только ЭПСТ с литоэкстракцией корзинкой Dormia по поводу резидуального или вновь образованного холедохолитиаза после ранее перенесенной холецистэктомии. Период возникновения холедохолитиаза после холецистэктомии у исследуемых пациентов составил от 2 месяцев до 8 лет. У 12 (28%) пациентов холедохолитиаз был на фоне холангита, им выполнено ЭПСТ с литоэкстракцией и комплексной консервативной терапией, явления холангита купированы без наружного дренирования холедоха. Острый панкреатит после ЭПСТ с литоэкстракцией выявлен у 19 (27,5%) пациентов. Средние сроки консервативного лечения данного осложнения составили $8,9 \pm 1,4$ суток. Других осложнений ЭПСТ не было. Из 69 пациентов при проведении ЭПСТ у 3 мы наблюдали анатомические особенности, в двух случаях БДС располагался в дивертикуле двенадцатиперстной кишки, в одном парадивертикулярно. Однако несмотря на данную особенность нам удалось провести полноценную папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией. Видеолапароскопическая холецистэктомия выполнена у всех пациентов, конверсий не было. Летальных исходов не было. Длительность пребывания пациентов ЖКБ, осложненной холедохолитиазом с традиционной открытой методикой хирургического лечения в нашем стационаре в среднем составляла $14,7 \pm 4,5$ суток, после внедрения малоинвазивной системы лечения составила $10,2 \pm 1,6$ суток, что в среднем на 4,5 суток

меньше ($p < 0,05$). Выводы: ЭПСТ с литоэкстракцией и видеолапароскопическая холецистэктомия позволяют снизить травматичность и осложнения операции, сократить сроки стационарного лечения.

205. Малоинвазивные методы лечения перфоративных гастродуоденальных язв

Куделич О.А., Протасевич А.И., Василевич А.П., Карман А.Д., Неверов П.С., Есепкин А.В.

Республика Беларусь, Минск

БГМУ

Введение. В хирургическом лечении пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой выбор методики вмешательства до сих пор остаются предметом обсуждения. Использование различных вариантов лапароскопических методов лечения, в сочетании с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс, завоевывает с каждым годом все большее число сторонников среди хирургов. Цель. Оценить результаты лапароскопического метода лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 73 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в 1-м хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ г. Минска» за период с 2016 по сентябрь 2018 гг. Лапароскопический метод лечения был применен в 26 (35,6%) случаях. В этой группе мужчин было 22 (84,6%), женщин – 4 (15,4%). Средний возраст пациентов составил 41 год (от 25 до 71). Бригадой скорой помощи доставлены 21 (80,8%) пациентов, из поликлиник города направлено 3 (11,5%), обратились самостоятельно – 2 (7,7%). При выполнении операции мы учитывали язвенный анамнез, время с момента перфорации до поступления больных в стационар, характер и распространенность перитонита, возраст больных и сопутствующие заболевания, локализацию, характер язвы, а также наличие других осложнений (пенетрация, стеноз, кровотечения). Окончательное решение при выборе хирургического пособия

принимали после диагностической видеолапароскопии, определения характера, распространенности и фазы перитонита. Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 7.0 «StatSoft Inc.». Результаты и обсуждение. У всех больных диагноз перфорации полого органа сомнений не вызывал и был поставлен в дооперационном периоде на основании клиничко-рентгенологических данных. С целью уточнения диагноза, кроме клинического обследования и обзорной рентгенографии брюшной полости, всем пациентам проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Она позволила нам определить локализацию язвы, ее характер, размеры, а также исключить или выявить наличие второй язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки и желудка. Наличие неосложненной «зеркальной» дуоденальной язвы не являлось противопоказанием к лапароскопическому методу лечения. У 88,5% больных перфоративное отверстие локализовалось по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, и в 3-х случаях – в проекциях привратника желудка. Размеры дефекта стенки варьировали от 3 до 6 мм. Больные оперированы в первые часы с момента поступления в клинику. У всех пациентов перитонит с перфоративной язвой находился в реактивной фазе и анамнез не был отягощен тяжелыми сопутствующими заболеваниями, специальная подготовка, направленная на коррекцию гомеостаза, не проводилась. Всем этим пациентам произведено лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия по Островскому. Ушивание перфоративного дефекта производилось путем наложения 2-3 серозно-мышечных-подслизистых швов с интракорпоральным формированием узлов с использованием рассасывающегося шовного материала, с фиксацией к линии швов пряди большого сальника. При накладывании швов вкол иглы проводили в 5 мм от края язвенного дефекта и выкол в области перфорационного отверстия. Физическую герметичность швов проверялась путем нагнетания через назогастральный зонд воздуха при заполненном изотоническим раствором натрия хлорида подпеченочном пространстве. Средняя длительность операции составила 100 минут. В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение: инфузионная, антибактериальная терапия, ингибиторы протонной помпы, аспирация желудочного содержимого, для обезболивания использовались ненаркотические анальгетики.

Больные после эндовидеохирургического метода лечения к концу 1-х суток были активны-самостоятельно поднимались с постели, болевой синдром у них практически отсутствовал, нуждались в анальгетиках только в 1-2-е сутки. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 6,7 койко дня. В наших наблюдениях осложнение возникло у 1 пациента – кровотечение из острой язвы малых размеров задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Гемостаз был достигнут эндоскопическим методом. Повторной операции не понадобилось. Выводы. 1. Выбор метода ушивания перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует определять, учитывая сроки заболевания, данные фиброгастродуоденоскопии, техническую оснащенность хирургического стационара, эндохирургическую подготовку специалиста. 2. Малоинвазивный метод лечения позволяет значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, сократить сроки лечения в хирургическом стационаре и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов

**206.Миниинвазивное лечение острой
обтурационной кишечной непроходимости,
обусловленной патологическим пузырно-
дуоденальным соустьем**

*Кочергаев О.В.(1,2), Копалин А.А.(2),
Котькин В.А.(2), Барилко Е.В.(2).*

Самара

- 1) ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России,
- 2) ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №2 имени Н.А. Семашко»

Введение. В современной литературе, посвященной вопросам хирургического лечения кишечной непроходимости, ограниченно представлены сведения о лечении обтурации просвета кишечника желчным камнем(холебезоаром). Непростая клиническая картина, небольшой опыт обуславливают многочисленные ошибки и осложнения(Group O.L.o.E.W., 2011: Maung A.A. et

al.,2012) Цель исследования. – систематизировать и улучшить результаты лечения пациентов с патологическим пузырно-дуоденальным соустьем на фоне острого калькулезного холецистита и сформировавшейся обтурационной кишечной непроходимости холебезоаром. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 17 больных с острым калькулезным холециститом, осложнившимся формированием пузырно-дуоденального соустья и кишечной непроходимостью, в Самарской городской клинической больнице №2 имени Н.А.Семашко. Анализируемый период составил 2014-2018годы. Возраст пациентов превышал 75 лет. В анамнезе у всех неоднократные приступы острого холецистита на протяжении 7-10 лет и более. В 14 случаях пациенты поступали с признаками острой тонко-кишечной непроходимостью. В трех случаях предварительный диагноз был острый холецистопанкреатит. Алгоритм обследования больных при поступлении в стационар включал: УЗИ–скрининг брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, обзорную цифровую рентгенографию живота и груди, исследования по профилю соматической патологии. Следует отметить, что четырнадцати пациентам проводились пробы с пассажем по кишечнику водорастворимого контраста. В основе диагностического процесса и лечебной тактики - национальные клинические рекомендации (НКО РОХ 2015) по лечению острой неопухолевой кишечной непроходимости. В диагностическом процессе приоритетным являлась фиброгастродуоденоскопия. Основными проблемами в лечении данной категории пациентов являлись: возраст, трудность диагностики и тяжелая соматическая патология. В изучаемой группе пациентов были сформированы две подгруппы. Первая подгруппа с развившимися признаками кишечной непроходимости вследствие обтурации просвета - 12 больных. Вторая подгруппа – 5 пациентов с признаками острого холецистопанкреатита В случаях фиксации камня в желчном пузыре производилась попытка его эндоскопического его извлечения через желудок. В четырех случаях нам удалось его извлечь, в одном случае желчный камень мигрировал в просвет тонкой кишки. После обтурации просвета, это как правило, терминальный отдел подвздошной кишки, проводилось оперативное лечение. При подозрении на обтурацию холебезоаром выполнялась фиброгастродуоденоскопия. Если подтверждался диагноз, то осуществлялся минидоступ в правой подвздошной области (3см). Такая тактика осуществлена у 7 больных. В четырех

случаях выявлена несостоятельность пузырно-дуоденального соустья. У трех пациентов операцию начинали с лапароскопии. Однако после удаления желчного пузыря выявляли большой дефект в стенке двенадцатиперстной кишки. Он(дефект) составил в среднем 4,0-5,0 см в длину и 2,0-3,0 см. Операцией выбора была резекция желудка по Бильрот II с формированием дуоденостомы. В двух случаях наступил летальный исход. Причинами была тяжелая соматическая патология и возраст. Как показали результаты проведенного исследования, летальность в исследуемой группе составила 11,7%(2 пациента). Заключение. - Лечение пациентов с острой кишечной непроходимостью, обусловленной пузырно-дуоденальным соустьем(холебезоаром) должно быть максимально щадящим. - противопоказано разобщение пузырно-дуоденального соустья при отсутствии признаков несостоятельности. - попытаться эвакуировать желчный камень в просвет желудка и эндоскопическим методом удалить из желудочно-кишечного тракта; - по возможности осуществить фрагментацию камней в просвете кишки; - в основе оперативного лечения - минидоступ и энтеротомия в месте фиксации желчного камня и его извлечение; - интубацию кишечника проводить при непроходимости в стадии декомпенсации; - холецистэктомия выполняется только при развитии признаков перитонита, обусловленного несостоятельностью пузырно-дуоденального соустья; - резекцию желудка по типу Бильрот – II производить в случаях несостоятельности пузырно-дуоденального соустья с формированием дуоденостомы.

207. Рецидивные и осложненные грыжи после протезирующих способов пластики – новая проблема в герниологии

Белоконов В.И. (1), Ковалева З.В. (1),
Пушкин С.Ю. (1,2), Пономарева Ю.В. (1),
Насибян А.Б. (1), Гуляев М.Г. (1)

Самара

Самарский государственный медицинский
университет Минздрава России, Самарская
областная клиническая больница
им. В.Д. Середавина

Актуальность. Рост числа больных с рецидивами и осложнениями после протезирующих способов герниопластики обуславливает необходимость анализа их причин, оценки клинического течения и разработки способов их профилактики и лечения. Цель – анализ причин, клинического течения рецидивных и осложненных грыж после протезирующих способов пластики и оценка возможностей их профилактики и лечения. Материал и методы. Проведен анализ 52 больных с рецидивными вентральными грыжами после протезирующих способов пластики. У 33 из них рецидив наступил после натяжной протезирующей пластики при размещении материала в позициях on lay, sub lay и интраабдоминально; у 6 – нагноение мерсифенового протеза, расположенного on lay и sub lay, после натяжных способов пластики; у 13 – после передней протезирующей ненатяжной пластики комбинированными способами. Рецидивные паховые грыжи были у 29 больных: после пластик комбинированным способом у 3; лапароскопической герниопластики (ЛГП) – у 5; по способу Лихтенштейна - у 21, среди них у 3 было нагноение протеза. Полученные результаты. У 43 пациентов с рецидивными грыжами после протезирующих способов пластики при выполнении повторных операций произведена повторная протезирующая пластика комбинированными способами по первому или второму вариантам без внутрибрюшного этапа. У 3 больных выполнена герниолапаротомия с резекцией участков кишки, интегрированных в протез, с последующей пластикой комбинированными способами. У 6 пациентов с нагноениями протезов во время операций произведено удаление протезов без повторной пластики, которая не требовалась из-за выраженного фиброза брюшной стенки вследствие реакции тканей на инородное тело. Обсуждение.

Причинами рецидива после пластик комбинированным способом и по Лихтенштейну были малые размеры протезов и их смещение от паховой связки, а после ЛГП - от места фиксации к задней поверхности брюшной стенки. У 3 больных с нагноениями протезов при операциях были обнаружены нити из мерсилена, которыми протезы были фиксированы, с образованием вокруг них гнойных гранул, препятствующих интеграции материала в ткани. У 26 больных с рецидивными грыжами выполнена повторная открытая пластика пахового канала комбинированным способом без отделения семенного канатика от протеза, установленного на предыдущей операции. У 3 пациентов с нагноениями протезов семенной канатик был интегрирован в протез и окружающий его гнойный инфильтрат, что потребовало его удаления вместе с яичком. У 1 из этих больных после санации раны выполнена повторная протезирующая пластика комбинированным способом. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. При изучении отдаленных результатов рецидивов заболевания не выявлено. Заключение. За последние годы отмечено увеличение числа больных с рецидивами после протезирующих способов пластики, лечение которых должно проводиться в отделениях, имеющих опыт выполнения повторных операций.

208. Объем операций у больных с панкреонекрозом, осложненным флегмонами забрюшинного пространства

*Белоконов В.И. (1), Титов А.Н. (2),
Николаев А.В. (2), Антропов И.В. (2),
Бабаев А.П. (2), Есмейкин И.М. (2)*

Самара

Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Отсутствие существенных сдвигов в результатах у больных с острым панкреатитом (ОП) тяжелого течения требует дальнейшего совершенствования тактики и способов их лечения. Цель исследования: обосновать объем операций у больных с панкреонекрозом, осложненным флегмоной забрюшинного пространства. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 89 пациентов, оперированных по поводу ОП тяжелого течения в стадию инфильтрата – 4 (4,49%) и гнойных осложнений – 85 (95,5%). В стадию панкреатогенного инфильтрата и гнойных осложнений у больных с панкреонекрозом вмешательства на ПЖ включали выполнения некрэтомии на участках с четкой демаркацией зон некроза. При лапаротомии в сальниковой сумке вдоль поджелудочной железы устанавливали сквозные дренажи, которые выводили в поясничных областях справа и слева, а брюшную полость закрывали временно путем формирования лапаростомы из большого сальника или перчаточной резины. Дренажирование забрюшинного пространства при распространении панкреатогенной флегмоны по забрюшинному пространству справа и слева проводили поясничными доступами. В стадию гнойных осложнений недостаточно разработанной остается проблема лечения больных с панкреатогенными флегмонами, распространяющимися по забрюшинному пространству по правому и левому боковым каналам и на брыжейку ободочной кишки (ОК). Летальность при таких осложнениях достигает 100%. Наше исследование показало, что изменения в ободочной кишке при ПН являются причиной нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, способствуют прогрессированию инфекционных осложнений, интоксикации и развитию сепсиса.

Морфологические изменения в толстой кишке приводят к образованию свищей и носят необратимый характер. При распространении флегмоны по забрюшинному пространству по правому и левому боковым каналам и на брыжейку ободочной кишки больным выполняли частичную резекцию ободочной кишки и субтотальную ее резекцию. При образовании свища в ободочной кишке его отключение проводили путем наложения одностольной илеостомы. Полученные результаты. В стадию панкреатогенного инфильтрата из 4 умер 1 (25%) больной. Из 85 пациентов в стадии гнойных осложнений у 38 (44,7%) были распространённые парапанкреатические флегмоны забрюшинного пространства с распространением на брыжейку ободочной кишки по правому и левому боковым каналам. При таком варианте течения заболевания частичная резекция ободочной кишки с выведением проксимальной колостомы выполнена у 9, из них умерло 8. Из 12 пациентов, у которых выполнена субтотальная резекция ободочной кишки, умерло 7. Всего в стадию гнойных осложнений умерло 25 (29,4%). Заключение. У больных с панкреонекрозом объем операций зависит от стадии заболевания и распространенности парапанкреатической флегмоны по забрюшинному пространству. Резекция ободочной кишки у больных с панкреонекрозом и распространённой флегмоной забрюшинного пространства, является единственным возможным и эффективным способом лечения данного осложнения. Субтотальная резекция ободочной кишки дает результаты лучше, чем частичная резекция кишки.

209. Лечение пациентов с рубцовыми сужениями пищевода после химического ожога

Пушкин С.Ю. (1,2), Айрапетова М.П. (1),
Пиковский О.И. (2), Пушкина Д.С. (3)

Самара, Москва

Самарская областная клиническая больница
им. В.Д. Середавина, Самарский государственный
медицинский университет Минздрава России,
МГМУ им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет)

Актуальность. Химические ожоги пищевода по частоте занимают первое место среди заболеваний пищевода у детей и второе у взрослых. У 73% пациентов ожоги пищевода приводят к образованию стриктуры. Лечение стриктур пищевода является сложной проблемой. За последние годы, кроме бужирования рубцовых стриктур, появилась возможность их баллонной дилатации и стентирования. Сравнительная оценка результатов каждого способа имеет важное значение для выработки рекомендаций по их практическому применению. Цель: провести сравнительный анализ результатов лечения стриктур пищевода при бужировании и баллонной дилатации. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 439 пациентов с рубцовыми стенозами пищевода после химического ожога. Женщин было 161 (36,7%), мужчин – 278 (63,3%), средний возраст которых колебался от 24 до 79 лет. Распределение пациентов по группам проведено по клинко-рентгенологической классификации прослежожоговой непроходимости пищевода, предложенной Г.Л. Ратнером, В.И. Белоконовым в 1972 году. Классификация отражает этиологию заболевания, время, прошедшее с момента развития непроходимости, механизм ее развития, клинические проявления и патологические изменения в органе в результате химического ожога. При лечении больных использовали бужирование, дилатацию и стентирование пищевода. У 343 проведено ортоградное и ретроградное бужирование пищевода, которое начинали в сроки с 20 суток после ожога. У 102 больных при стриктурах пищевода проведена баллонная дилатация под рентгенологическим контролем, у 3 – стентирование пищевода. Полученные результаты. При бужировании рубцовых стриктур пищевода хорошие и удовлетворительные результаты получены у 76,4%

больных, неудовлетворительные вследствие перфорации – у 1 (0,3%). При баллонной дилатации хорошие и удовлетворительные результаты получены у 67% больных, неудовлетворительные вследствие разрыва пищевода – у 2 (2%). Разрывы пищевода произошли у пациентов с протяженными рубцовыми стриктурами длиной более 5 см. Заключение. Основным способом лечения рубцовых стриктур пищевода является бужирование. Баллонная дилатация возможна у пациентов с сегментарными стриктурами пищевода длиной менее 5 см. Вопрос о показаниях к стентированию пищевода у больных с рубцовыми стриктурами остается открытым и требует дальнейшего накопления опыта по его использованию.

210. Деятельность Самарских хирургов по материалам отчетов общества врачей за 1882-1888 годы

Белоконев В.И. (1), Ковалева З.В. (1), Пушкин С.Ю. (1,2), Охотникова В.А. (1)

Самара

Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Представление о деятельности врачей хирургов на протяжении конкретных исторических периодов имеет важное значение для понимания уровня их подготовки и возможностей оказания помощи при различной патологии. Цель исследования: дать оценку способам и объему оперативных вмешательств у больных с хирургической патологией на территории Самарской губернии в период с 1882 по 1888 годы. Материал и методы. Изучены протоколы общества врачей Самарской губернии с 1882 по 1888 годы. Среди членов общества в тот период было много известных врачей, занимающихся хирургией: Н.В. Иерусалимский, К.И. Догадкин, доктор Греве, В.В. Радзевич, И.И. Гаунштейн, К.И. Калинин, В.А. Паршенский и другие. Доклады на обществе были

посвящены проблемам лечения больных с опухолями верхней и нижней челюсти (5), новообразованиями на губе (1), мошонке (1), опухолями левого подреберья (1) (без указания локализации патологии), ампутациям бедра по поводу гангрены и опухолей нижних конечностей (8), грыжесечениям, в том числе и со вскрытиями брюшины (25), удалению лимфомы на шеи (1), узлового зоба (3), операциям при эхинококкозе печени (2), удалению языка по поводу опухоли (1), резекции яичника (1), удалению молочной железы по поводу рака (3), трепанации черепа (3), спленэктомии при спленомегалии у больных малярией (1), трахеостомиям (1), операциям при огнестрельных ранениях живота (2), резекции коленного сустава (5), дренированию плевральной полости (2). В сообщениях большое внимание уделялось вопросам асептики и антисептики. В 1884 году доктор Боде сделал доклад о правилах дезинфекции, Кох и Вольфлюгель провели исследование дезинфицирующих средств. 1 декабря 1884 года В.В. Радзевич сделал сообщение "Наблюдение за анестезирующим действием кокаина". В 1884 г. доктор Гаунштейн продемонстрировал операционный стол Швабе; участвовал в создании медико-санитарных правил по охране города от эпидемий. В 1895 г. были представлены медико-санитарные правила, касающиеся школ, железнодорожных путей, лечебниц, больниц). Таким образом, полученные при изучении протоколов общества врачей материалы свидетельствуют о высоком уровне хирургии в Самарской губернии в период с 1882 по 1890 годы.

211. Радиочастотная абляция небольших опухолей почек

*Захаров Д. А. (1,2), д.м.н. Ковчур П. И. (1,2),
Захарова В. Д. (2)*

Петрозаводск

1 ГБУЗ Республиканский онкологический диспансер
2 ПетрГУ Медицинский институт

Актуальность. В мире ежегодно заболевает и погибает от почечно-клеточного рака (ПКР) приблизительно 250 тыс. и 100 тыс. человек соответственно. В республике Карелия в 2016 году заболеваемость - 18,9 (119 чел) на 100 тыс., IV стадия - 17,2 (20 чел), смертность 6,6 (42 чел). Цель Провести анализ и изучение результатов радиочастотной абляции (РЧА) небольших опухолей почек (НОП) с использованием Fusion-навигации после проведенного лечения пациентов в ГБУЗ РОД РК. Материалы и методы. Перед операцией всем пациентам была выполнена мультифокальная биопсия (МФБ), подтверждено наличие злокачественного процесса. РЧА выполнялось с использованием экспертного ультразвукового сканера Logiq E9 с возможностью 3D (Fusion) навигации. Применялся конвексный датчик 3,5-6 МГц. СКТ проводилась на: 64-срезовом компьютерном томографе GE Optima CT660. Оборудование для РЧА: Covidien Cool Tip RF Ablation system E series, зонды CoolTip 3,0x25 см 17G. Средняя мощность 130-150 Вт. Манипуляция проводилась под местной анестезией - 4 случая (8,9%), в 41 случае (91,1%) выполнялась под наркозом, при этом использовались три варианта введения зондов: 1. При размере опухоли до 20 мм (4 пациента) использовался 1 зонд CoolTip 2,0x25 см 17G. Время экспозиции 6 мин. Средняя мощность 120-150 Вт 2. При размере опухоли до 30 мм (26 пациентов) использовался 1 зонд CoolTip 3,0x25 см 17G. Процедура проводилась одномоментно, время экспозиции 12 мин. Средняя мощность 140-150 Вт. 3. При размере опухоли более 30 мм (15 пациентов) использовалось 3 зонда CoolTip 3,0x25 см 17G. Процедура проводилась последовательным подключением зондов, общее время экспозиции составляло 30-36 мин. Средняя мощность от 130 до 150 Вт. Результаты. За три года выполнено 45 РЧА: У 40 пациентов (88,9%) ремиссия за время наблюдения. При использовании зонда 2,0x25 см 17G при небольших опухолях до 2 см в 4 случаях (8,8%) через 2 месяца при СКТ выявлено наличие

периферического кровотока в образовании, что говорило о нерадикальности проведенной процедуры. Выполнена повторная РЧА зондом 3,0x25 см 17G. В последующем при повторной СКТ накопления контраста в образовании не происходило, что указывало на отсутствие кровотока в опухоли и свидетельствовало о радикальности операции. Следует отметить, что при РЧА возможны следующие осложнения: уриномы, послеоперационные гематомы, гематурия, острая почечная недостаточность, рецидивы. В наших наблюдениях у 1 пациента (2,2%) с опухолью единственной левой почки в послеоперационном периоде возникла острая почечная недостаточность, которая была купирована в течение 2 суток. Послеоперационная гематома наблюдалась в 5 случаях (11%). Умерло из-за сопутствующей патологии - 3 пациента. В одном случае у пациента с поликистозом почек - прогрессирование почечной недостаточности, в двух случаях сердечнососудистая недостаточность. У 2 - рецидив, проведена повторная РЧА. Для контроля эффективности РЧА всем пациентам проводилась повторные СКТ через 2 месяца и МФБ через 6 месяцев. Было выполнено 15 МФБ, выявлено отсутствие опухолевого роста. На СКТ у этих же пациентов отсутствие контрастирования в образовании, что свидетельствовало о корреляции данных. После этого повторные МФБ не выполнялись, ориентировались на СКТ. Выводы. 1. Таким образом, полученные данные подтверждают, что РЧА является радикальным и безопасным методом лечения НОП. 2. При наличии образования размером менее 2 см, необходимо использовать зонд с рабочей поверхностью минимум 3 см для обеспечения радикальности лечения. 3. Для контроля за радикальностью лечение достаточно использовать СКТ через 2 месяца после операции.

212. Вакуумная аспирационная биопсия образований молочной железы, как альтернатива секторальной резекции

Захаров Д. А. (1,2), д.м.н. Ковчур П. И. (1,2),
Захарова В. Д. (2)

Петрозаводск

1. ГБУЗ Республиканский онкологический диспансер
2. ПетрГУ Медицинский институт

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, рак молочной железы занимает первое место среди онкологических заболеваний женщин (16% всех случаев рака и 25% от всех женских онкологических заболеваний). Ежегодно в мире выявляется 1 250 000 случаев заболевания раком молочной железы. В России этот диагноз ежегодно ставят более чем 65 000 женщинам (около 19% от всех женских онкологических заболеваний). Результаты лечения зависят от своевременного выявления и дифференциальной диагностики образований молочной железы (МЖ), оценки степени вовлечения в опухолевый процесс регионарных лимфоузлов. Известно, что обнаружение опухоли размерами до 5 мм практически всегда ведет к полному излечению. Цель. Провести анализ и сравнение результатов вакуумной аспирационной биопсии (далее ВАБ) и секторальной резекции (далее СР) образований молочной железы в ГБУЗ РОД РК и медицинском центре малоинвазивных технологий «Сонэра». Материалы и методы. Перед процедурой всем пациентам выполнялась тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), цитологическое заключение констатировало наличие доброкачественного процесса. ВАБ выполнялось на оборудовании SENORX Encor sm 3000 с использованием ультразвукового сканера Sonoscare S 15. Применялся линейный датчик 7,5-11 МГц. Результаты. В РОД РК за период с 2016 по 2018 год выполнено 926 СР: выявлено 83 случая (9%) рака молочной железы (РМЖ), в дальнейшем женщины подверглись радикальной секторальной резекции молочных желез. В остальных случаях был доказан доброкачественный процесс, не требующий дополнительного хирургического лечения. Операция проводилась в условиях дневного стационара, в условиях операционной, под местной анестезией. Среднее время операции составило от 30 до 90 минут. Размер образований от 10 мм до 60

мм. Пациенткам выдавался листок временной нетрудоспособности до 7 дней. Операционные швы снимались через 5-7 дней. Послеоперационных осложнений не было. В медицинском центре «Сонэра» выполнено 54 ВАБ. Операция проводилась под местной анестезией, в условиях манипуляционной. Среднее время операции составило от 2 до 10 минут. Размер образований от 8 мм до 32 мм. В одном случае (1,8%) выявлен рак молочной железы in situ. Решением консилиума РОД пациентка находится под наблюдением онколога в течение 6 месяцев без необходимости дополнительных методов лечения. В 53 случаях (98%) выявлен доброкачественный процесс. При наблюдении пациентов в одном случае выявлено нерадикальное удаление фиброаденомы, проведена повторная ВАБ. У пациенток сохранялась трудоспособность. У всех наблюдаемых отмечалось наличие после операционной гематомы до 30 мм. Выводы. 1. Таким образом, ВАБ является радикальным и безопасным методом лечения доброкачественных образований молочной железы, а также ранней диагностики рака молочной железы, позволяющим получить достаточное количество материала для гистологического и иммуногистохимического исследования. 2. После выполнения ВАБ нет потери трудоспособности. 3. Данный метод позволяет удалить образование молочной железы без разреза и последующего формирования рубца.

213. Рандомизированные исследования и доказательства в хирургии

Акопов А.Л. (1), Артюх Д.Ю. (2)

- 1) Санкт-Петербург, Россия
- 2) Саутпорт, Великобритания

- 1) ПСПбГМУ
- 2) Саутпорт и Ормскирк Госпиталь

В современной хирургии очень сложно (невозможно?) найти раздел, где принятие хирургом решения основано на абсолютной доказательной базе. Задача медицины (и хирургии), основанной на доказательствах, предложить

лучшее лечение каждому пациенту, что должно стимулировать к проведению рандомизированных исследований (РИ) как высшему уровню доказательности. К сожалению, особенностью «хирургических» РИ является чрезвычайная сложность, процесс рандомизации в хирургии очень громоздкий, создается целый ряд искусственных ситуаций, которые отклоняются от повседневной клинической практики. Полученные в таких исследованиях результаты нередко противоречат существующему клиническому опыту, а опыт не всегда подтверждает значимость полученных результатов. Зачастую определенная хирургическая группа или конкретный хирург специализируются и сильны в каких-то определенных клинических ситуациях и вариантах операций. Экстраполировать результаты, полученные этими хирургами, на широкую хирургическую аудиторию, представляется оправданным далеко не всегда. Очень часто каких-либо выводов, исходя из опубликованных результатов, сделать невозможно; какую тактику лечения выбрать для конкретного больного, остается неясным. На примере РИ, посвященных лапароскопической холецистэктомии, хирургии рака прямой кишки, рака легкого, послеоперационному лечению больных, лечению эмфиземы легких авторы демонстрируют, что хотя РИ обычно преподносятся как высший уровень доказательности, применительно к хирургии это далеко не так; в большинстве клинических ситуаций решение принимается не на основании результатов РИ. Стремление хирургов овладеть новой техникой зачастую оказывается более весомым, чем забота о пациентах, а клинический опыт и законы рынка оказываются важнее науки. Нет сомнений, что клинические рекомендации и консенсусы, основанные на результатах самых лучших РИ, необходимы в период обучения хирурга, для проверки новых знаний, но это значит совсем немного для конкретного пациента. Реализация принципов медицины, основанной на доказательствах, подразумевает наличие стабильных последовательных условий работы и «стандартных» пациентов, что в хирургической практике невозможно. Применение знаний, полученных опытным путем, в отличие от результатов РИ, нацелено на понимание возможности неверной интерпретации полученной в результате исследования пациента информации, на вероятность всякого рода вариаций и отклонений от стандартного течения заболевания. Лучшее решение может быть принято в процессе дискуссии с коллегами, в ходе беседы, где опыт каждого будет

иметь такое же значение, как и лучшие доказательства.

214. Стандартная тактика диагностики и лечения острого аппендицита в городской больнице скорой помощи

*Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Нестеров С.С.,
Махмиев Б.М.*

Волгоград

Волгоградский Государственный
Медицинский Университет,
кафедра факультетской хирургии

Цель работы. Оценка эффективности стандартной тактической схемы диагностики и лечения острого аппендицита. Материалы и методы. В течение 2015 – 2016 гг., в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ (на базе ГУЗ КБСМП № 7 г. Волгограда) при подозрении на острый аппендицит было выполнено 780 диагностических лапароскопий. При этом, в 73 % (n=572) наблюдений диагноз острого аппендицита был подтвержден, в 19 % (n=148) случаев верифицирована другая патология органов брюшной полости, в 8 % (n=60) структурных изменений выявлено не было. В группе больных оперированных по поводу острого аппендицита средний возраст составил 25 + 1,3 лет, мужчин было 47 % (n=268 из 572), женщин - 53 % (n=303 из 572). Катаральный аппендицит имел место в 10 % (n=58 из 572), флегмонозный – в 51 % (289 из 572), гангренозный аппендицит отмечен у 39 % (225 из 572) больных. В 74 % (n=424) наблюдений была выполнена «традиционные» аппендэктомии, в 26 % (n=148) – миниинвазивные. Превалирование абсолютного количества «традиционных» операций обусловлено тем, что мы сохраняем аппендэктомию в качестве обучающего хирургического вмешательства для начинающих хирургов. Полученные результаты. Диагностическая лапароскопия остается ведущим методом позволяющим определиться с характером оперативного доступа и особенностями выполнения основного оперативного приема у больных с острым аппендицитом. Червеобразный

отросток был полностью осмотрен у 88 % (n=686 из 780) больных. В 8 % (n=62 из 780) наблюдений имелась частичная его визуализация, а в 4% (n=31 из 780) осмотреть аппендикс не удалось. Основные причины, затрудняющие полноценную визуализацию червеобразного отростка, были: периаппендикулярный инфильтрат 49 % (n=46 из 93), атипичное расположение слепой кишки и червеобразного отростка 31 % (n=29 из 93), спаечный процесс брюшной полости 16 % (n=15 из 93), гипертрофии большого сальника 4 % (n=3 из 93). При возможности лапароскопического разделения периаппендикулярного инфильтрата, а также отсутствии признаков тифлита и распространенного гнойного перитонита, вне зависимости от характера морфологических изменений червеобразного отростка возможно выполнение лапароскопической аппендэктомии. При тифлите, распространенном гнойном выпоте с выраженной дилатацией петель кишечника и не возможности адекватной лапароскопической санации выполняем срединную лапаротомию с дополнительной перитонизацией основания аппендикса. Длительность послеоперационного лечения в группе больных перенесших малоинвазивные вмешательства составил $6,5 \pm 0,29$ койко-дней, «традиционные» - $7,9 \pm 0,34$ ($t=1,5$, $p>0,05$). Общая послеоперационная летальность составила 0,17 % (n=1 из 572). Причиной смерти послужила полиорганная недостаточность, обусловленная интоксикацией на фоне гнойного перитонита. При оценке простой случайной выборки (n=183) нами не выявлено статистически значимых различий ($F=0,239$, $p>0,05$) по частоте встречаемости осложнений после лигатурного (3,7 %, n=2 из 53) и кисетного способов обработки основания червеобразного отростка (3,1 %, n=4 из 130). Также необходимо отметить отсутствие раневых осложнений в группе больных оперированных лапароскопическим доступом. Заключение. Лапароскопия остается ведущим диагностическим методом позволяющим верифицировать диагноз острого аппендицита, определить наиболее подходящие варианты оперативный доступ и основного оперативного приема. Лапароскопическая аппендэктомия сопровождается снижением количества послеоперационных раневых осложнений.

215.Эволюция диагностики острого аппендицита

Возлюбленный Д.Е.

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ «Городская больница № 20
г.Ростов-на-Дону»

2) кафедра хирургических болезней № 2, кафедра
ультразвуковой диагностики ФПК и ППС ФГБОУ ВО
РостГМУ Минздрава России

Имеется несколько ключевых периодов диагностики острого аппендицита. Первый период: с древних времен острые боли в правой половине живота лечили консервативно терапевты, диагноз острого аппендицита не устанавливался. При неэффективности лечения производилось вскрытие абсцесса передней брюшной стенки, если гнойники прорывались в просвет кишки, влагалище это считалось благоприятным исходом. Второй период: с связи с прогрессом анестезиологии, септики/антисептики произошел переход от консервативного лечения к оперативному. Диагноз острого аппендицита устанавливался на основании данных осмотра, анамнеза и жалоб. Третий период: Внедрение лабораторных методов диагностики. Определение и изменение сроков оперативного вмешательства. Первоначальная установка о необходимости оперировать острый аппендицит в первые 24 часа от начала заболевания (позже - только при угрозе разлитого перитонита), сменилось максимально быстрым оперативном пособии острого аппендицита независимо от сроков от начала заболевания (единственное противопоказание – сформировавшийся аппендикулярный инфильтрат). Четвертый период: появление понятия “негативная аппендэктомия”, или возможного удаления гистологически неизмененного органа. Обсуждение возможной гипердиагностики острого аппендицита. Определение диагностической ценности симптомов, лабораторных методов диагностики, данных объективного осмотра. Пятый период: принятие национальных клинических рекомендаций, большая роль в диагностике отведена диагностической лапароскопии. Однако ее широкое применение в сомнительных случаях у определенной группы пациентов (беременные, дети, пациенты пожилого возраста а также с тяжелой сопутствующей патологией, спаечной болезнью брюшной полости) может привести к неблагоприятным последствиям, риску развития

осложнений, а также с трудностями как визуализации отростка (атипичное расположение, спаечный процесс), так и объективной оценке состояния отростка, т.к. непосредственному осмотру доступна лишь серозная оболочка и ее изменения могут носить вторичный характер. Необоснованно широкое внедрение диагностической лапароскопии может привести к росту числа негативных аппендэктомий. Шестой период: внедрение инструментальных методов диагностики. Учитывая, что первичное лечебно-тактическое решение при подозрении на острый аппендицит принимается на уровне приемного отделения, выполнение в т.ч. инструментальных методов диагностики позволяет получить достоверную информацию в краткие сроки как для определения маршрутизации в профильное отделение, так и для лечебных мероприятий. УЗ-метод не нашел широкого применения в диагностике острого аппендицита. Возможные причины: 1) консерватизм большинства УЗ-врачей и хирургов, 2) отсутствие специальной подготовки обеих групп специалистов, 3) необоснованные опасения УЗ-врачей о длительности исследования, получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов с возможными негативными последствиями, отсутствие желания врачей УЗД принятия юридической ответственности за решение в случаях неизменной УЗ-картины червеобразного отростка при ярко выраженной симптоматики, 4) трудоемкость и возможная длительность исследования, 5) отсутствие общепринятых УЗ-протоколов. Выполнение КТ сопряжено с облучением пациента и персонала и нем может быть выполнено у определенной группы. Диагностическая ценность УЗИ и КТ являются схожими, данные методы диагностики согласно данным ряда авторов могут быть рекомендованы для диагностики острого аппендицита. Седьмой период: возможное принятие решения о введении в национальные клинические рекомендации необходимости выполнения УЗИ, КТ червеобразного отростка. В ряде случаев документальное подтверждение (данные КТ/УЗИ) об отсутствии изменений в червеобразном отростке в сложной клинической ситуации позволит предупредить выполнение диагностической лапароскопии, дать время для дальнейшего наблюдения, лечения и определения тактики.

216. Комбинированное хирургическое лечение и ускоренная реабилитация при абсцессе печени в эксперименте

Алипов В.В., Аванесян Г.А., Мусаелян А.Г.
Мустафаева Д. Р., Алипов А.И.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
МЗ РФ,

Актуальность. Результаты минимально инвазивного хирургического лечения абсцесса печени зависят от эффективности местного действия лекарственных препаратов. Малоизученным, но перспективным направлением в экспериментальной хирургии абсцесса печени является местное применение лазерных и нанотехнологий. Цель – оценить эффективность комбинированного применения низкоинтенсивного лазерного излучения и наночастиц меди при хирургическом лечении абсцессов печени в эксперименте. Материал и методы. В эксперименте на 60 лабораторных кроликах с помощью катетера с баллоном моделирована фиброзная киста печени диаметром 1,5 см, после инфицирования которой штаммом *St. aureus* сформирован классический абсцесс печени. По варианту местного двухнедельного лечения животных разделили на 4 группы по 20 в каждой. В первой группе проводили ежедневную санацию полости антисептическими растворами. Во второй группе проводили ежедневную местную низкоинтенсивную лазеротерапию (НИЛИ) аппаратом АЛТ «Матрикс». В третьей группе один раз в сутки полость заполняли суспензией наночастиц меди (НМ) с концентрацией 100 мкг/мл. В четвертой ежедневно в течение десяти дней заполняли полость абсцесса суспензией НМ в физиологическом растворе хлорида натрия концентрацией 1 мкг/мл, помещали и через saniрующий канал катетера проводили НИЛИ. Для оценки полученных результатов лечения с третьих и до 21-х суток наблюдения применяли клинические, планиметрические, микробиологические, морфологические и инструментальные методы исследования. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием пакета прикладных программ Statistica 8.0 и Microsoft Office Excel 2007. с использованием t-критерия Стьюдента. Различия интерпретировались как достоверные при

вероятности ошибки менее 5% ($p < 0,05$). Результаты. По истечении 21 суток наблюдения балльный показатель общего состояния лишь у животных четвертой группы оставался на максимальных цифрах. На 14-е сутки лечения минимальный диаметр полости абсцесса также регистрировали у животных четвертой группы ($5,1 \pm 0,6$ мм), уже к 21-м суткам эксперимента по данным УЗИ полость абсцесса в печени животных не определялась. К данному периоду наблюдения диаметр полости животных третьей группы сократился, что достоверно меньше, чем у животных первой ($6,8 \pm 0,7$ мм) и второй ($6,5 \pm 0,5$ мм) групп. При гистологическом исследовании к 14-м суткам эксперимента лишь у животных четвертой группы полость абсцесса была замещена соединительной тканью, а в прилежащей паренхиме печени отмечена обширная зона пролиферации печеночных клеток. Обсуждение. В результате проведенных экспериментов установлена значительная положительная динамика интегральной оценки общего состояния животных третьей и четвертой групп, что указывает на более благоприятное течение заболевания. При изолированном применении НИЛИ полученные результаты сопоставимы с результатами стандартной санации. Установлено, что применение суспензии НМ эффективно подавляет рост патогенной микрофлоры, поэтому этот метод может выступать альтернативой для санации гнойных полостей. При сочетании НМ и НИЛИ отмечено отсутствие роста колоний микроорганизма уже к седьмым суткам лечения, причем к четырнадцатым суткам размеры полостей абсцессов печени сокращались в три раза, а к 21-м суткам наблюдения полость абсцесса была облитерирована. Выводы 1. И использованные клинко-инструментальные методы исследования являются эффективными способами оценки результатов лечения моделированного гнойного абсцесса печени. 2. Комбинированное хирургическое лечение моделированных абсцессов печени с местным применением равномерно рассеянного НИЛИ и НМ обеспечивает очищение от возбудителя полости абсцесса к 7-м суткам лечения, а к 21-м суткам наблюдения полную облитерацию полости гнойника.

217. Способ комбинированного хирургического лечения моделированных гнойных абсцессов мягких тканей

Алипов В.В., Аванесян Г.А., Мусаелян А.Г.,
Мустафаева Д.Р., Алипов А.И.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
МЗ РФ,

Актуальность. Для успешного применения минимально инвазивных хирургических вмешательств при лечении гнойных абсцессов мягких тканей (ГАМТ) необходимы эксперименты по их моделированию и поиску эффективных способов местного послеоперационного лечения. Цель. Разработать модель гнойного абсцесса мягких тканей и экспериментально обосновать эффективность применения наночастиц оксида цинка и препарата «Эплан» при комбинированном хирургическом лечении ГАМТ. Материал и методы. Моделирование ГАМТ обеспечивали на 80 белых лабораторных крысах самцах массой 250 ± 50 гр. Для формирования ГАМТ на участке в межлопаточной области производили разрез-прокол подкожного пространства троакаром диаметром 5 мм, через просвет которого вводили модифицированный катетер Фогарти. Баллон катетера раздували до объема 2 мл и через четверо суток получали подкожную кистозную полость со сформированной тонкой стенкой. В данную полость вводили 0,1 мл суточной культуры клинического штамма *Staphylococcus aureus* № 209-Р. Через 5 суток после введения патогенного штамма отмечали формирование классического ГАМТ. Для проведения местного лечения в течение 10 суток послеоперационного периода применяли 1% -ный оксид цинка (НОЦ), с дисперсностью 30-70 нм и 1%-ную суспензию препарата «Эплан» и комбинацию НОЦ с препаратом «Эплан». В ходе эксперимента выделены 4 группы животных (по 20 в каждой): в первой (группе контроля) применяли стандартную санацию растворами антисептиков, во второй группе применяли препарат «Эплан» ежедневно однократно в количестве 1,0 мл, в третьей - НОЦ в дозе 1,0 мг/мл ежедневно однократно, в четвертой - применяли ежедневную комбинацию «Эплан + НОЦ» в тех же сроках и дозировках. В течение 10 суток послеоперационного периода проводили клиническую, планиметрическую,

микробиологическую, морфологическую и инструментальную оценку течения раневого процесса. Результаты. Проведенная оценка общего состояния животных указывает на более благоприятное течение заболевания при лечении НОЦ в комбинации с препаратом «Эплан». Оценка динамики купирования отека и гиперемии у животных четвертой группы также свидетельствует, что сроки купирования местных проявлений гнойно-воспалительного процесса на 2-е суток превосходит подобные показатели у животных второй и третьей групп и на 4 суток показатели животных группы контроля. К 10-м суткам лечения препаратом «Эплан» отмечено уменьшение объема полости абсцесса до $0,3 \pm 0,1$ см³, т.е. на $79,9 \pm 21,1\%$. Применение НОЦ способствовало уменьшению объема полости до $0,25 \pm 0,1$ см³, т.е. $81,5 \pm 12,5\%$. В условиях комбинированного применения препарата «Эплан» в сочетании с НОЦ полость абсцесса достигла размеров $0,15 \pm 0,75$ см³, что составляло $95,0 \pm 4,95\%$. Применение комбинации НОЦ и препарата «Эплан» уже к 7-м суткам лечения позволило добиться полной стерильной полости. Лишь у животных четвертой группы при морфологическом исследовании к 14-м суткам эксперимента облитерированная полость абсцесса окружена сформированной плотной стенкой толщиной до 540 мкм. Обсуждение. В результате проведенных исследований при лечении ГАМТ установлена эффективность применения препаратов «Эплан», НОЦ и, особенно, их сочетания на течение раневого процесса. Применение стандартной терапии растворами антисептиков в течение 14 суток послеоперационном лечении не приводило к уменьшению объема полости абсцесса и её облитерации. Изолированное использование препарата «Эплан» и НОЦ приводит к активизации процессов репарации, способствует ускорению созревания соединительной ткани и росту поверхностного эпителия, тем самым стимулируя ранозаживляющую активность. Полученные результаты свидетельствуют о равноценной эффективности применения как препарата «Эплан», так и НОЦ. В результате сочетанного применения НОЦ и препарата «Эплан» к 14-м суткам лечения полость ГАМТ была полностью облитерирована. Заключение. Разработанный способ моделирования ГАМТ позволяет в короткие сроки формировать абсцесс с заданными характеристиками. Хирургическое лечение ГАМТ и местное применение комбинированной послеоперационной терапии за счет синергизма действия комплекса «Эплан + НОЦ» создает оптимальные условия для облитерации полости

абсцесса, в два раза сокращая сроки лечения по сравнению со стандартными методами лечения.

218. Моделирование местного отграниченного перитонита

*Алипов В.В., Аванесян Г.А., Мусаелян А.Г.,
Мустафаева Д. Р., Алипов А.И..*

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
МЗ РФ

Актуальность. Для разработки эффективных способов хирургического вмешательства и местной послеоперационной терапии лечения местного отграниченного перитонита (МОП) необходима экспериментальная модель данной ургентной патологии. Цель исследования. В условиях эксперимента предложить способ формирования местного отграниченного перитонита. Материал и методы. В эксперименте на 30 белых лабораторных крысах массой 190 ± 20 г разработан способ моделирования МОП (Заявка на изобретение №2018125571 от 11.07. 2018г). Картину развития МОП после выведения животных из эксперимента подтверждали клиническими, инструментальными, микробиологическими и морфологическими исследованиями. Интегральную количественную оценку общего состояния экспериментальных животных оценивали в баллах, выполняли планиметрические и УЗ-исследования. При микробиологических исследованиях МОП рассчитывали количество колоний образующих единиц (КОЕ) в 1 мл содержимого полости. Морфологическое исследование проводили после выведения животных из эксперимента на шестые сутки исследования. Срезы препаратов толщиной 3-5 мкм депарафинизировали, окрашивали гематоксилином и эозином. Описание способа моделирования МОП. Под комбинированным обезболиваем транскутанно, под контролем УЗИ, в правую подвздошную область вводили троакар диаметром 3 мм, через который проводили модифицированный двухканальный катетер Фолея.

После заполнения баллона производили перевязку катетера проксимальнее баллона и фиксацию дистальной части его при помощи кожной дубликатуры. Через 6 суток после проведения манипуляции, катетер опорожняли, проводили рентгенологическое исследование и УЗИ, после чего катетер удаляли. Дальнейший этап моделирования МОП заключался в инфицировании созданной асептической отграниченной полости. Из содержимого слепой кишки животного готовили 15% взвесь фекалий в изотоническом растворе хлорида натрия, смесь дважды фильтровали через двойной слой марли и вводили животным второй группы в созданную кистозную полость через пункционную иглу под контролем УЗИ из расчета 1 миллилитр на 100 граммов массы животных. Результаты исследования. Через 6 суток после инфицирования полости наблюдали развитие классических клинических признаков МОП: животные принимали лежащее положение, плохо реагировали на болевой и звуковой раздражители, отказывались пить и принимать пищу, отмечались выраженная болезненность при пальпации, отечность кожи и местная гипертермия кожи в правой подвздошной области. Через 6 суток после инфицирования в сформированной полости определяется мутное содержимое, при посеве которого - сплошной рост колоний золотистого стафилококка и кишечной палочки $5,2 \pm 0,6 \cdot 10^9$ КОЕ/мл. Полученные планиметрические показатели и результаты ультразвукового исследования показали, что внутренний диаметр полости МОП равнялся $18 \pm 0,1$ мм, а объем сформированной полости после опорожнения баллона составлял $2,0 \pm 0,25$ см³. Морфологический анализ препаратов к 12-м суткам эксперимента показал, что у животных сформирована плотная стенка отграниченной полости толщиной до 340 мкм. Перифокально, на границе стенки МОП, выявлялась клеточная инфильтрация, представленная макрофагами, клетками инородных тел. К зоне клеточной инфильтрации прилежала грануляционная ткань, переходящая в рыхлую соединительную ткань. Выводы: 1. Моделирование асептического абсцесса брюшной полости с использованием модифицированного катетера Фоля предусматривает формирование отграниченной асептической полости уже на 6-е сутки эксперимента. 2. При инфицировании полости асептического абсцесса к 12-м суткам эксперимента во всех наблюдениях формировался МОП со всеми характерными его клиническими признаками. 3. Предложенный способ моделирования МОП минимально травматичен, не приводит к ранней

гибели животных и позволяет разрабатывать новые способы эффективного лечения.

219. Лапароскопическое оперативное лечение больных с объемными образованиями придатков матки

Кузовлев С.П., Клименко Ю.А.

Калининград

ГБУЗ "МЦК"

Цель исследования. Изучить опыт лапароскопических операций при лечении больных с объемными образованиями придатков матки. Материалы и методы. В хирургическом отделении многопрофильного центра Калининградской области (ГБУЗ «МЦК») за период 2015-2018 г.г. хирургическое лечение объемных образований придатков матки проведено 219 пациенткам в возрасте от 18 до 49 лет. Локализация кист: 173(78,8%) – односторонние, 46(21,2%) – двухсторонние. Размеры кист от 3 до 25 см. Подразделения кист по классификации опухолей яичников: дермоидные – 20(9%), эндометриоидные – 31(14,1%), серозные – 160(73,1%), параовариальные – 8(3,8%). Всем больным проведено комплексное обследование, включая УЗИ. У 22(10,2%) пациенток в анамнезе перенесенные ранее одна, у 11(5,1%) – две операции на органах брюшной полости. Все операции выполнены под интубационным наркозом с миорелаксацией. В 173(78,8%) случаев у женщин репродуктивного возраста выполнены органосохраняющие операции: цистэктомия (энуклеация кисты, иссечение кисты). Кистовариоэктомия выполнялась в 30(13,5%) случаях при отсутствии ткани яичников у пациенток в пре- и менопаузальном периоде. Аднексэктомия 17(7,7%) случаях проводилась по строгим показаниям, при невозможности выполнения кистэктомии без нарушения васкуляризации маточной трубы и у пациенток в менопаузальном периоде. У 5(2,5%) во второй половине беременности проведены оперативные вмешательства по поводу перекрута серозных кист

яичников на 180 и 360 градусов. В 3(1,3%) случаях кистовариоэктомия была проведена в плановом порядке во второй половине беременности с адекватной послеоперационной реабилитацией. В дальнейшем беременность и роды протекали нормально. Результаты. Интра- и послеоперационных осложнений не было. В 3(1,3%) случаях имела место конверсия, связанная с выраженным спаечным процессом. При лапароскопии использовали стандартные порты в параумбиликальной и подвздошных областях. В 188(85,7%) случаев дермоидной кисты яичника выполнили кистэктомия без вскрытия просвета кисты. Из брюшной полости кисты извлекали в пластиковых контейнерах. Очаги эндометриоза резецировали. Большие кистозные образования (12 и более см в диаметре) удаляли через кольпотомное отверстие. Дефект брюшины, после удаления параовариальных кист, восстанавливали непрерывным швом. Раневую поверхность яичника ликвидировали наложением швов с формированием узлов интракорпорально (викрил, дексон). Выводы. Таким образом, лапароскопический доступ и ликвидация раневой поверхности ложа кист уменьшают риск образования послеоперационных спаек и сохраняют репродуктивный потенциал у женщин.

220. Условия и малоинвазивные возможности остановки бронхолегочного кровотечения

*Колкин Я.Г., Момот Н.В., Кузнецов А.С.,
Макарчук О.В., Лобанов Е.В., Филахтов Д.П.*

Донецк

Государственная Образовательная Организация
Высшего Профессионального Образования
"Донецкий Национальный Медицинский
Университет имени М.Горького", Донецкое
Клиническое Территориальное Медицинское
Объединение

Актуальность. Легочное кровотечение относится к числу наиболее опасных состояний, осложняющих течение широкого круга заболеваний бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, болезней

системы крови и гемостаза. Поэтому проблема оказания неотложной помощи при легочном кровотечении актуальна для специалистов самых разных медицинских специальностей. Промедление с проведением экстренных гемостатических мероприятий может вызвать быструю гибель больных. В зависимости от причины кровотечения, летальность от легочного кровотечения варьирует от 5-15% до 60-80%. Среди пациентов с легочным кровотечением преобладают лица зрелого возраста (50-55 лет) с отягощенной соматической патологией. Материал и методы. С апреля 2014 по сентябрь 2018 года в клинике хирургии им. К.Т. Ованатаняна и кардиохирургическом отделении ДокТМО г. Донецка находились на лечении 66 пациентов с легочными кровотечениями, различной этиологии. Всем пациентам в ургентном порядке была произведена фибротрехеобронхоскопия. У пациентов с кровотечением I-II степени исследование выполнялось под местной анестезией, при кровотечении III степени под общей анестезией, с использованием ригидной эндоскопии. Для определения источника кровотечения во время фибробронхоскопии применялся последовательный посегментарный лаваж бронхиального дерева «ледяным» изотоническим раствором хлорида натрия. С помощью этого метода, обнаружен источник кровотечения у 93% пациентов. У 40 пациентов с кровотечениями I-II степени в плановом порядке применялась методика рентгенэндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий. У 12 пациентов с кровотечением III степени применялась окклюзия сегментарного бронха поролюновым обтуратором (патент России №2092108), у 12 пациентов выполнялась окклюзия сегментарного бронха клапанными обтураторами фирмы «Медланг». У 2 пациентов при кровотечении I степени кровотечение остановлено консервативно. Обсуждение результатов. Наилучшие результаты были отмечены у пациентов, в результате применения методики рентгенэндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий. Рецидив кровотечения возник у одной пациентки в связи с развитием коллатералей, из системы межреберных артерий. В условиях применения окклюзии бронхов рецидивы кровотечения имели место у 5 больных, которым в последующем была применена методика рентгенэндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий. Непосредственных осложнений окклюзии бронхиальных артерий и бронхов не отмечено. Один пациент умер в связи с тяжелой сопутствующей патологией. Заключение. У

пациентов с легочными кровотечениями различной этиологии методика рентгенэндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий показали лучшие результаты на этапе изучения этой проблемы.

221. Начало применения эндоскопии в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний на Дальнем Востоке

Пчелина И.В.

Хабаровск

Федеральный центр
сердечно-сосудистой хирургии

Впервые торакоскопию при обследовании «серозных полостей» применил шведский врач Н. Jacobaeus (1910). С развитием хирургических методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний постановка объективного диагноза стала залогом оптимального выбора оперативных вмешательств, особенно при сочетанных пороках сердца. Преимущественно пункцию левых отделов сердца производили под рентгенологическим контролем (V.Bjork, 1953, J.Ross, 1958) или с применением угломеров (B.Nordenstrom, 1957). Сообщений о применении торакоскопа в кардиологической практике в доступной литературе не найдено. Несовершенство инвазивных методов диагностики обратило внимание хирургов к возможности применения эндоскопических техник. Считаем, что приоритет применения торакоскопии в диагностике и лечении заболеваний сердца и сосудов принадлежит заведующему кафедрой общей хирургии Благовещенского медицинского института Я.П. Кулику. Клиническому применению эндоскопических техник в кардиохирургии предшествовал экспериментальный период. На 100 животных и кадаверном материале начиная с 1967 г. разработана техника закрытой трансторакальной пункции левых отделов сердца и крупных сосудов под контролем торакоскопа (Я.П. Кулик, В.И. Шишлов, приоритетная справка ВНИИГПЭ № 1252419/31-16 от 12.02.1969). Воплощение идеи потребовало конструктивной модификации торакоскопа («Красногвардеец»), оснащенного

оптическим прибором из стекловолокна, разработанным Я.П. Куликом и изготовленным в 1968 г. в НИИ стекловолокна и стеклопластика. Также для рассечения перикарда были предложены специальные ножницы с пневматическим захватом и атравматичный нож-крючок, пункционные иглы с ограничителем. Исследование проводилось под общим обезболиванием. Прокол грудной клетки троакаром осуществлялся по передней подмышечной линии в IV и V межреберьях. Манипуляции в грудной полости производились через наводящую трубку. После рассечения перикарда использование прямой оптики позволяло визуализировать характер порока, особенности анатомии сердца, произвести под контролем зрения пункцию камер сердца и магистральных сосудов для исследования газового состава крови, электроманометрию с графической записью кривой давления, введение рентгенконтрастного вещества для выполнения селективной ангиокардиографии. Кровотечение из места прокола останавливалось прижатием тупфера. Первое сообщение о применении в клинике торакоскопии для диагностики патологии аорты авторы сделали в статье, опубликованной в материалах Первого Всероссийского съезда кардиологов в 1968 г. За 5 лет опыт применения диагностической торакоскопии в клинике составил 25 случаев, возраст больных - от 2 до 43 лет. Осложнения наблюдались в 2-х случаях (приступ пароксизмальной тахикардии - 1, отек легких - 1), летальных исходов не было. Из числа обследованных оперировано 16 больных. Кроме того, авторы метода сообщили о применении торакоскопии не только с диагностической, но и с лечебной целью. У одного больного с ревматическим пороком сердца при торакоскопии из плевральной полости аспирирован транссудат. Другому больному с хронической коронарной недостаточностью произведена непрямая реваскуляризация миокарда - операция Томпсона (кардиоперикардиопексия) в модификации авторов, особенность выполнения которой заключалась в введении стерильного талька в полость перикарда без вскрытия грудной клетки под контролем торакоскопа (приоритетная справка ВНИИГПЭ № 1252799/31-16 от 10.02.1969). Результаты применения торакоскопии в диагностике пороков сердца у детей и лечении хронической коронарной недостаточности были доложены в 1971 г. на Международной кардиохирургической конференции в Братиславе (Чехословакия) и опубликованы в сборнике трудов конференции. Применение торакоскопии в

кардиохирургии стало отправной точкой для дальнейшей разработки новых эндоскопических методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний для клинического применения - эндофлебоскопия (Я.П. Кулик, В.А. Титов, 1976) и фиброкардиоскопия (Я.П. Кулик, Г.Н. Марущенко, 1978).

222. Система норм "Хирургическая безопасность" как путь оптимизации правовой защиты профессиональной деятельности хирургов

Дарвин В.В.

Сургут

БУ ВО Сургутский ГУ, БУ Сургутская ОКБ

В основе большинства интра- и послеоперационных осложнений лежит многообразие факторов: предоперационная подготовка больного, коморбидный фон, организация и техническое оснащение операционной, особенности анатомии и топографии внутренних органов, технические нюансы выполнения хирургического вмешательства пр., но при этом все их (осложнения) в соответствии с существующими нормами считают ятрогенными заболеваниями - патологические процессы и состояния, возникновение которых обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения больных, выполнения диагностических или профилактических процедур. В ФЗ 323 в качестве документов, регламентирующих профессиональную деятельность хирургов, приведены Порядки, Стандарты, Национальные клинические рекомендации и Критерии качества, но ни в одном из них нет описания действий хирурга по выполнению хирургических процедур (операций и манипуляций) и по особенностям ведения больных в периоперационном периоде. Даже идеальное знание всех возможных особенностей анатомии с точным исполнением технических моментов операции не обеспечивает стопроцентное исключение осложнений с одной стороны и отсутствие нормативных документов, имеющих юридическую "силу", по регламентации действий хирурга при выполнении хирургических

процедур с другой стороны приводят к правовому тупику: зависимости хирурга при правовой оценке его действий от субъективного мнения эксперта. Важность этой проблемы "обострилась" в связи с усилением внимания общества на социально-правовых аспектах причинения «вреда здоровью». С моей точки зрения оптимальным выходом для хирургического сообщества является создание системы норм «Хирургическая безопасность», четкое исполнение которых являлось бы защитой специалистов хирургов от юридических преследований при возникновении осложнений. С 2015 г мы в клиническую практику в соответствии с предложениями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения внедрили проект ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, одним из разделов которого является «Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами и хирургическими манипуляциями», который направлен с одной стороны на улучшение результатов лечения больных, с другой стороны - это правовой документ по регламентации детального исполнения хирургом своей профессиональной деятельности. основополагающими рабочими документами проекта являются Стандартные операционные процедуры, которые формируются в соответствии с периодизацией нахождения больного в стационаре: 1. достационарная подготовка, 2. хирургическая процедура и непосредственный периоперационный период, 3. период от завершения операции до перевода из операционного блока, 4. послеоперационный период - на каждую манипуляцию и операцию. Каждая СОП включает в себя ресурсы и технологии, кадры, техническое обеспечение, алгоритм (схему исполнения), ожидаемые результаты и критерии оценки (количественные, качественные). Первый опыт работы в условиях нормы "Хирургическая безопасность" позволил заключить, что внедрение системы обеспечивает статистически значимое снижение частоты интра и послеоперационных осложнений с одной стороны и позволяет иметь объективный ориентир для оценки правильности исполнения хирургом своей профессиональной деятельности.

223. Лапароскопическая спленэктомия при гематологических заболеваниях и опухолях селезенки

Котельникова Л.П. (1, 2), Мокина Г.Ю. (2),
Федачук А.Н. (2)

Пермь

1. Пермский Государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера
2. Пермская Краевая клиническая больница

Цель исследования – оценить ближайшие результаты лапароскопической спленэктомии (ЛС) в зависимости от ее размеров. Материалы и методы. С 2013 по 2018 год в первом хирургическом отделении Краевой клинической больницы г.Перми 56 пациентам выполнена спленэктомия по поводу различных гематологических заболеваний, гиперспленизма и опухолей селезенки. В 24 случаях (42,86%) выполнена «открытая» спленэктомия (1-я группа), в 23 (41,07%) – лапароскопическая (2-ая группа). Еще 9 пациентам (16%) произведена лапароскопическая фенестрация непаразитарных кист печени диаметром более 5 см. Мужчин было 16, женщин - 40. Возраст пациентов колебался от 15 до 76 лет. Диагноз гематологических заболеваний устанавливали на основании лабораторных исследований и результатов стеральной пункции. Размеры селезенки до операции определяли по данным УЗИ. Ретроспективно проведен анализ длительности оперативного вмешательства, объема интраоперационной кровопотери, послеоперационных осложнений и продолжительности стационарного лечения. Результаты. «Открытую» спленэктомию (ОС) в большинстве случаев (87,5%) выполняли при выраженной спленомегалии, длине селезенки по данным УЗИ более 200 мм, иногда при ее умеренном увеличении (12,5%). Показанием к операции служили цирроз печени и гиперспленизм (9), лимфома (6), хронический лимфолейкоз (2), сублейкемический миелоз (1), эритроцитоз (1), болезнь Минковского-Шоффара (1), тромбоз селезеночной артерии (1), ангиофиброма (1), аневризма селезеночной артерии (1) и аутоиммунная тромбоцитопения (1). Медиана продолжительности оперативного вмешательства составила 95 минут. Интраоперационное кровотечение в объеме 1000 мл, потребовавшее переливания эритроцитарной массы, возникло в одном случае (4,16%). У остальных пациентов

медиана кровопотери – 420 мл. Симультанно холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита выполнена 9 пациентам (37,5%). После ОС послеоперационные осложнения возникли у трех пациентов (12,5%): в двух случаях развился экссудативный плеврит слева и в одном – неокклюзирующий тромбоз культи селезеночной вены. Двум пациентам потребовалась плевральная пункция, а при тромбозе проведено лечение антикоагулянтами и веноotonиками в течение 10 дней. Медиана продолжительности стационарного лечения составила 12 дней. Показанием к ЛС в большинстве случаев послужила аутоиммунная тромбоцитопения, резистентная к глюкокортикоидам (15, 65,22%). Кроме того, оперированы пациенты по поводу лимфомы (3), лимфосаркомы (1), гемангиомы (2), болезни Минковского-Шоффара (1), а также гиперспленизма при циррозе печени (1). Лапароскопические операции в половине случаев произведены при нормальных размерах органа, в 34,78% (8) – при умеренном ее увеличении и только в 17,39% (4) – при выраженной спленомегалии. Интраоперационное кровотечение в объеме 1000 мл возникло в одном случае (4,34%) у пациентки, оперированной по поводу цирроза печени и гиперспленизма при значительном увеличении селезенки (200x150x700 мм). Далее была использована гибридная методика. Введение «руки помощи» позволило остановить кровотечение, не прибегая к конверсии. Медиана продолжительности ЛС составила 125 минут, конверсий не было. Дополнительно одной пациентке выполнена холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. После ЛС послеоперационных осложнений не было. Медиана продолжительности стационарного лечения составила 8 дней. При анализе результатов установлено, что средние размеры селезенки в 1-ой группе были значимо больше, чем во 2-ой, а количество послеоперационных осложнений и продолжительность стационарного лечения – меньше. Вывод: при нормальных размерах селезенки и умеренном ее увеличении лапароскопическая спленэктомия по поводу гематологических заболеваний и опухолей селезенки позволяет получить хорошие ближайшие результаты хирургического лечения.

**224.Возможности прогнозирования,
профилактика и лечение острого
послеоперационного панкреатита после
хирургических вмешательств на органах
гепатопанкреатобилиарной зоны**

*Брехов Е.И., Калинин В.В., Сычев А.В.,
Бауткин Д.А., Хмелев А.И.*

Москва

ФГБУ ДПО «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента РФ Кафедра хирургии с курсом
эндоскопии

Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) продолжает оставаться одним из тяжелейших послеоперационных осложнений после операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны, заставляющих проводить адекватную профилактику, а в случае его возникновения пациент нуждается в комплексной патогенетической терапии. Имеющиеся данные свидетельствуют, что порядка 63-72% прооперированных пациентов с развившимся послеоперационным панкреатитом положительно отвечают на проводимую терапию и у них отмечается купирование данного осложнения. Однако, у порядка 30% пациентов с данным осложнением регистрируется развернутая клиника послеоперационного панкреатита, что приводит к возникновению ДВС-синдрома и развитию полиорганной недостаточности, и к 30% летальности в данной группе. Цель: Создать и использовать в клинической практике прогностическую шкалу, позволяющую оптимизировать проведение терапии и профилактики острого послеоперационного панкреатита после операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны. Материалы и методы: В данное исследование вошли результаты лечения 219 пациентов. Пациентов в ретроспективной группе 139, мужчины – 83 и женщины – 56. Проспективная группа - 80 пациентов - из них 47 мужчин, 33 женщин. Возраст больных колеблется от 22 до 72 лет, средний возраст 54±2,04 года. Результаты: Возникновение клинической картины ОПП у пациентов после операций на ПЖ и органах гепатопанкреатобилиарной зоны, отмечалось в 31,2% в ретроспективной группе, и был это процент снизился до 12,5% в проспективной группе пациентов. Выводы: Используемая в клинике

лечебная тактика проводится по общепринятым современным стандартам. Но анализ получаемых данных дополнительных методов обследования и лабораторных показателей, дал возможность определить предикторы деструкции ПЖ и развития послеоперационного панкреатита. Уровень D-димера до операционном и в раннем послеоперационном периоде позволяет определить необходимость активных профилактических мер и терапии «на опережение». Использование полученной диагностической шкалы, позволило снизить процент развития острого послеоперационного панкреатита у пациентов, перенесших операции на органах гепатопанкреатобилиарной зоны за последние 5 лет с 31,2% до 12,5%.

**225.Возможность выполнения лапароскопических
одноэтапных реконструктивных операций при
осложненном течении язвенного колита**

*Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П.,
Базиян-Кухто Н.К.*

Донецк

ГОО ВПО «Донецкий Национальный Медицинский
Университет им. М. Горького»

Актуальность: Решение вопроса о возможности выполнения одноэтапного реконструктивного хирургического вмешательства при осложненном течении язвенного неспецифического колита принимается каждым хирургом индивидуально. Роль лапароскопии в этой проблеме неоднозначна и изучена далеко не полностью. Материалы и методы: С 2012 по 2018 годы в клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения были прооперированы 69 пациентов по поводу осложненных форм язвенного колита. В 38 случаях произведено одноэтапное реконструктивное хирургическое вмешательство (колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального

анастомоза и протективной илеостомией). Из них в 3 случаях была выполнена лапароскопически-ассистированная колпроктэктомия с экстракорпоральным формированием илеального резервуара. В остальных случаях были выполнены вмешательства в 2 и более этапов. В послеоперационном периоде для динамического наблюдения пациентам регулярно применяли следующие методы обследования: ректорезервуароскопию с биопсией культи прямой кишки и илеального резервуара, последующим морфологическим исследованием; рентгеноскопию (резервуарографию); СКТ (включая виртуальную ректорезервуароскопию); МРТ; анкетирование с применением опросников качества жизни. Полученные результаты: Разницы между количеством и структурой послеоперационных осложнений у пациентов в зависимости от типа одноэтапного реконструктивного хирургического лечения отмечено не было. Функциональные результаты (кратность стула, функция держания анального сфинктера) у пациентов не отличались при выполнении лапароскопически-ассистированной и традиционной одноэтапной реконструктивной операции. Выводы: При осложненном течении язвенного колита возможно выполнение лапароскопически –ассистированного одноэтапного реконструктивного хирургического этапа лечения. Непосредственные и отдаленные функциональные результаты, в этой группе, сопоставимы с открытым вариантом хирургического вмешательства.

226. Пункционно-дренирующие операции в ургентной хирургии

*Красильников Д.М., Бородин М.А., Имамова А.М.,
Абдульянов А.В., Спиридонов С.И., Семенова И.И.*

Казань

ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет» ГАУЗ «Республиканская
клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность исследования. Разработка и
внедрение нового инструментария, способов

пункционно-дренирующих операций в работу
ургентных хирургических отделений является одной
из актуальных проблем современной хирургии.
Цель исследования: разработать и внедрить
инструментарий и авторские методы операций при
проведении пункционно-дренирующих
хирургических пособий у пациентов с неотложными
заболеваниями органов брюшной полости и
забрюшинного пространства. Материал и методы. В
клинике хирургических болезней ФГБОУ ВО «КГМУ
МЗ РФ» на базе отделений хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ
РТ» с 2016 по 2018 гг. оперировано по неотложным
показаниям 2550 пациентов: 1123 (44%) пациента
по поводу желчекаменной болезни, острого
калькулезного холецистита и его осложнений, 1015
(39,8%) острого аппендицита, 219 (8,6%) острого
деструктивного панкреатита, 193 (7,6%)
ущемленной вентральной грыжи. Для улучшения
результатов, проведенных чрескожных операций
нами разработана новая медицинская дренажная
игла большего диаметра, с улучшенной
ультразвуковой визуализацией (патент № 2649567
от 03.04.2018 г.). Результаты. 100 (8,9%) пациентам
при ЖКБ и её осложнениях произведена
чрескожная чреспеченочная холангиостомия,
обусловленная высоким риском выполнения
транспиллярных и традиционных вмешательств.
В 63 (5,6%) наблюдениях сформирована чрескожная
чреспеченочная холецистостомия при
деструктивном холецистите, тяжелом состоянии
пациентов пожилого и старческого возраста, с
сопутствующими заболеваниями, как временная
мера. 57 (30,8%) пациентам с билиарной патологией
в раннем послеоперационном периоде, в связи с
развитием осложнений произведены пункции и
дренирование абсцессов брюшной полости.
Летальность в этой группе составила 1,3%. У 75
(7,4%) пациентов после операций по поводу
деструктивного аппендицита, в связи с
образованием абсцессов в брюшной полости также
производились чрескожные вмешательства.
Летальность составила 0,1%. 177 (80,8%) пациентам
при панкреонекрозе после традиционных
вмешательств были выполнены пункции и
дренирования вновь сформированных
забрюшинных абсцессов, 53 (28,6%) - абсцессов
брюшной полости. Летальность составила 26,9%. У
44 пациентов (20,1%) миниинвазивные операции
были окончательным видом оперативных
вмешательств. Операции по поводу ущемленных
вентральных грыж в 81,3% случаев завершались
пластикой передней брюшной стенки
полипропиленовым имплантатом, что
обуславливало образование в раннем

послеоперационном периоде сером и явилось показанием к пункционным вмешательствам у 95 (49,2%) пациентов. При больших вентральных грыжах в 37 (19,2%) наблюдениях пункционно-дренирующие операции были произведены по причине наличия гематом брюшной полости. Летальность в группе 2,2%. Заключение. Выполнение чрескожных пункционных и дренирующих вмешательств у пациентов с заболеваниями органов гепатобилиарной зоны позволяет устранить желчную гипертензию, провести интенсивное консервативное лечение, а в последующем выполнить радикальное вмешательство в более благоприятных условиях, без угрозы их жизни. Проведенный анализ результатов оперативного лечения показывает существенное уменьшение числа выполняемых традиционных операций, улучшение результатов лечения, вызванное малой травматичностью, возможностью выполнения оперативных пособий под местной анестезией, снижением числа летальных исходов, сокращением времени нахождения пациентов в стационаре в 3 раза ($p < 0,05$).

227. Совершенствование техники хирургического лечения ректовагинальных свищей неопухолевой этиологии

*Швецов В.К., Грошилин В.С., Мрыхин Г.А.,
Дмитриев А.В., Цыганков П.В.*

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский
университет (ФГБОУ ВО РостГМУ)

Цель: оценить эффективность комбинированного метода лечения ректовагинальных свищей в сравнении с известными способами. Материалы и методы. Проведено контролируемое, проспективное исследование результатов лечения 64 больных с ректовагинальными свищами неопухолевого генеза в 2 клинических группах. В первую, контрольную группу вошли 34 пациентки с ректовагинальными свищами (53,1%), оперированные традиционными методами. В

зависимости от доступа I группа включала 2 подгруппы. В IA подгруппе (19 больных) операции выполнялись трансвагинальным доступом. Производили иссечение свища с ушиванием раны наглухо без использования пластических способов. В IB подгруппе (15 больных) применен промежностный доступ. Выполняли расщепление ректовагинальной перегородки, иссечение свища, послойно ушивали дефект во влагалище и проводили проктопластику. Во второй, основной группе 30 больным (46,9%) операции выполнены разработанным способом, включающим переднюю сфинктеролеваторопластику, пластику несвободным лоскутом стенки влагалища (патент РФ № 2621166). Диагностический алгоритм включал ано- и ректороманоскопию, кольпоскопию, фистулографию, эндоректальное УЗИ, аноректальную манометрию. Результаты. Послеоперационные манометрические исследования показали повышение тонических характеристик в IA подгруппе на 8-20% через 6 месяцев после операции, в IB подгруппе показатели незначительно превышали исходные. Наилучшие манометрические показатели зарегистрированы во II группе, после сфинктеро- и леваторопластики. В I группе получено большее число осложнений, за счет резистентных инфильтратов в IB подгруппе, способствующих прорезыванию швов, расхождению раны, ее нагноению (10,5% и 13,3% в подгруппах I группы против 6,7% - в основной) и развитию парапроктита (5,3% и 6,7% в подгруппах контрольной группы против 3,3% - в основной). Наибольшая частота осложнений - в IB подгруппе, однако, и в IA подгруппе число осложнений превышало таковые в основной, II группе. Дизурические расстройства и диспареунии купированы в обеих группах, но у 2 пациенток IA подгруппы (10,5%), одной - в IB подгруппе (6,7%) и одной пациентки II группы (3,3%) не удалось устранить проявления обструктивной дефекации. Возможности консервативного купирования осложнений были лучшими во II группе, за исключением развития в 1-м случае парапроктита и 1-го нагноения операционной раны, ставших причинами 2 рецидивов (6,7%), развившихся не позднее 3 недель после операции. Всего, в IA подгруппе - 9 хороших результатов (47,4%), у 6 пациенток (31,6%) - результаты удовлетворительные при отсутствии рецидива (из них, 5 купированных осложнений) и в 4 наблюдениях - рецидивы, результаты неудовлетворительные (21%); в IB подгруппе - 6 хороших результатов (40%), у 5 пациенток (33,3%) - результаты удовлетворительные (из них, 4

купированных осложнений), и в 4 наблюдениях - неудовлетворительные итоги при развитии рецидивов (26,7%). Обсуждение результатов. Анализ результатов лечения показал преимущества нового способа. Лоскут стенки влагалища и большой половой губы участвует в закрытии раневого дефекта, а сохраненное кровоснабжение лоскута снижает риск его некроза, следовательно, рецидива и ранних осложнений. Сравнение в подгруппах контрольной группы показало приоритет трансвагинального доступа при свищах среднего и высокого уровней. Морфологические исследования выявили наибольшие дистрофические, склеротические изменения при высоких свищах, требующие радикального их иссечения с измененными тканями. Однако, для свищей низкого уровня уместно использование как трансвагинального доступа, так и промежностного. Выводы. Анализ оперативного доступа в зависимости от высоты свища подтверждает преимущества трансвагинального доступа при лечении свищей среднего и высокого уровней. Сравнительный анализ разработанного способа (патент РФ № 2621166) с традиционными методами показал снижение числа осложнений на 12,4%, а рецидивов - на 16,9%, что позволяет рекомендовать способ к внедрению в практику лечения ректовагинальных свищей.

228. Устройство для навыков наложения хирургических швов на кожу и отработки вязания хирургических узлов

Жандаров К.А., Дыдыкин С.С.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)

Нами разработано и запатентовано устройство для отработки навыков наложения хирургических швов на кожу и отработки техники вязания хирургических узлов, получен патент РФ на полезную модель №183425. Данное устройство может быть использовано в обучении практическим хирургическим навыкам студентами и

специалистами в постдипломный период. Данная полезная модель является тренажером для отработки навыков наложения хирургических швов на кожу и техники вязания хирургических узлов. Конструктивный результат достигнут за счет создания имитации человеческой кожи и подкожной жировой клетчатки, применения правильно подобранных материалов, выполненных люверсами отверстий и разреза, имитирующего края раны. В итоге достигнута повышенная надежность модели и многообразие ее использования, за счет оригинальных отверстий. Созданное устройство представлено каркасом, который с одной стороны покрыт обтягивающим материалом, в него встроены имитирующая подкожно-жировую клетчатку мягкая и эластичная основа, в обтягивающем материале сделан разрез - моделирующий хирургическую рану, по обе стороны разреза вдоль него идут отверстия на расстоянии 0.5 см от краев. Мягкий, эластичный и упругий материал основы имеет возможность давления на обтягивающее покрытие для раскрытия разреза, изнутри имитирующей хирургическую рану. Для обучения при работе с моделью используется, изогнутая хирургическая игла, посредством которой с помощью иглодержателя и пинцета накладываются хирургические швы через отверстия на разрез имитирующей хирургическую рану, обтягивающего материала, имитирующей кожу, и одновременно может отрабатываться техника вязания хирургических узлов. Мягкий упругий материал, имитирующий подкожно-жировую клетчатку, выполнен из губчатого материала. Следует отметить, что за счет возможности давления основой имитирующей подкожно-жировую клетчатку на обтягивающий материал для раскрытия разреза изнутри, предложенная модель достаточно достоверно имитирует хирургическую рану. Дно устройства содержит средство для крепления, которое может быть выполнено, например, из двухстороннего скотча или другого средства позволяющего закрепить заявленное устройство на столе. Каждое отверстие выполнено с встроенным в него укрепляющим краев отверстия элементом - люверсом. Данный элемент сделан из металла, что позволит использовать многократно отверстия без их естественного износа, и скажется на повышенной надежности модели. Студенты, как правило, только положительно отзываются об устройстве, после отработки ими навыков наложения хирургических швов на кожу и техники вязания хирургических узлов на устройстве, в частности получены положительные отзывы о работе с устройством от

студентов и членов хирургического кружка “Эскулап” Сеченовского университета.

229. Почему необходима стандартная тактика в диагностике и лечении острого аппендицита (по данным доказательной медицины)?

Бебуришвили А.Г., Панин С.И.

Волгоград

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, кафедра факультетской хирургии

Цель работы. Провести сравнительную оценку эффективности стандартной тактической схемы и альтернативных подходов в диагностике и лечении острого аппендицита с точки зрения доказательной медицины. Материалы и методы. Поиск (на русском и английском языках) был проведен в электронной библиотеке (elibrary), библиотеке Кокрана (Cochrane library) и базе данных медицинских и биологических публикаций (PubMed). При этом для выявления наиболее достоверных сведений был использован уровень достоверности доказательности от Оксфордского центра доказательной медицины (Howick et al., 2011). Ключевыми словами для поиска на русском и английском языках были: острый аппендицит, рандомизированные исследования, систематический обзор, метаанализ. Для выявления ошибок и погрешностей отобранных научных работ нами были использованы механизмы критического анализа (Critical Appraisal Tools), которые также находятся в свободном доступе на сайте центра доказательной медицины Оксфорда. Полученные результаты. Проведенный поиск позволил выявить 152 рандомизированных клинических исследований (РКИ) по тематике острого аппендицита. В ходе предварительного изучения доказательной базы было выявлено, что первичные РКИ являются разнонаправленными, и результаты большей их части уже обобщены в систематических обзорах (n=64), в некоторых из которых имеются несогласованные выводы. Использование механизмов критического анализа позволило исключить из дальнейшей работы систематические

обзоры II-го и III-го уровня доказательности и показало невысокий сводный показатель методологического качества анализируемых первичных РКИ, изучающих альтернативные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита. Кроме того, малый размер выборки пациентов в обобщающих систематических обзорах и метаанализах I-го уровня доказательности определяет их незавершенность и не позволяет сделать достоверных выводов о преимуществе стандартной или альтернативных методик диагностики и лечения. Выводы. Основное преимущество стандартной тактики в диагностике и лечении острого аппендицита заключается в отсутствии ложноотрицательных диагнозов и стремящемся к нулю уровню рецидива заболевания (за исключением вынужденных случаев дренирования периаппендикулярного абсцесса с необходимостью последующей отсроченной аппендэктомии). Тактические схемы, предусматривающие верификацию острого неосложненного аппендицита при помощи неинвазивных методов диагностики (оценка биологических маркеров, УЗИ, КТ, МРТ) с его последующим консервативным лечением, нуждаются в дальнейшем изучении и на современном этапе не могут служить доказанной альтернативой. Ложноотрицательный диагноз неосложненного аппендицита по результатам отдельных лучевых методов диагностики и их сочетаний варьирует в широких пределах - 2,7 % - 35 % наблюдений. Консервативное лечение острого неосложненного аппендицита неэффективно в 26,6 % (показатель варьирует в пределах 15 % - 40 %). В группе больных с неосложненным аппендицитом, пролеченных консервативно, рецидив заболевания, требующий оперативного лечения, в течение первого года наблюдается в 22,5 % случаев, в течение пятилетнего периода – в 39,1 % наблюдений.

230. Наш опыт выполнения бесфиксационной методики трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАПП) передней брюшной стенки

*Белослудцев Д.Н. (1), Трухалев В.А. (1),
Плотников А.Ф. (1), Пузанков А.А. (1),
Лазарев Н.В. (1), Калинина А.А. (2),
Кривенкова Е.М. (2)*

Нижний Новгород

- 1) ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России
- 2) ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России

Актуальность: Операция по поводу паховой грыжи является одной из наиболее распространённых в мире, выполняемой более чем 20 миллионм пациентов в год. В последнее время всё большую актуальность приобретает лапароскопическая пластика передней брюшной стенки методом ТАПП. До сих пор дискуссионным среди хирургов остаётся вопрос о выборе между фиксационным и бесфиксационным способом закрытия дефекта грыжевых ворот, а также о необходимости раскрытия сетчатого эндопротеза при трансабдоминальной преперитонеальной пластике передней брюшной стенки. Появляется всё больше работ, доказывающих эффективность бесфиксационной методики с применением нераскроенного эндопротеза. Ряд исследований демонстрирует, что методика ТАПП без фиксации сетчатого эндопротеза является безопасной техникой с высокой степенью удовлетворенности пациентов, быстрым восстановительным периодом, без увеличения риска развития послеоперационных осложнений и рецидивов. В некоторых исследованиях отмечен факт снижения стоимости оперативного вмешательства при применении данной методики. Цель исследования: доказать возможность применения бесфиксационной методики ТАПП с использованием нераскроенного сетчатого эндопротеза. Материал и методы: Проведен анализ результатов лечения 64 пациентов с паховыми грыжами, находившихся на лечении в КБ № 3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России в период с января 2017 по август 2018 гг. Доля мужчин составила 95,3% (61 человек), женщин – 4,7% (3 человека). Медиана возраста пациентов – 47 лет. Количество обращений по поводу первичной паховой грыжи составило 74, рецидивной – 5. Односторонняя грыжа диагностирована в 46 случаях, двусторонняя – в 15; число косых и прямых грыж составило 47 и 32

соответственно. Число оперативных вмешательств по поводу косой паховой грыжи составило 47, прямой – 32. Методом ТАПП было выполнено 79 пластик передней брюшной стенки. Все выполненные операции были разделены на 2 группы: I - с фиксацией раскрытого сетчатого эндопротеза (41 пластика), II – без фиксации нераскроенного эндопротеза (38 пластик). По полу, возрасту, локализации, анатомическим особенностям дефекта передней брюшной стенки группы сопоставимы. Результаты: Медиана длительности операции для I группы составила 70 мин (25-й процентиль – 45, 75-й процентиль – 90), для II группы – 75 мин (25-й процентиль – 68, 75-й процентиль – 90). Средняя площадь сетчатого эндопротеза: I группа – 120,5 мм, II группа – 146 мм. Медиана послеоперационного койко-дня для I группы составила 4±1, для II группы – 3±1 дня. Частота осложнений для I группы составила 4,88% (2 случая), для II группы – 2,63% (1 случай). Оценку непосредственных результатов проводили исходя из длительности операции, госпитализации, площади используемого сетчатого эндопротеза и частоте послеоперационных осложнений. Выявлено сокращение длительности послеоперационных койко-дней ($t=1279,5$, $p=0,016$), а также необходимость применения сетчатого эндопротеза большей площади ($t=4,047$, $p<0,001$) во II группе. Статистически значимых различий в сравниваемых группах по длительности операции ($t=1671$, $p=0,139$), частоте послеоперационных осложнений ($\chi^2=0,005$, $p=0,946$) не выявлено. Оценка отдалённых результатов лечения проводилась по шкале ВАШ, опроснику Внукера и SF-12. Было опрошено 32 пациента, из которых 18 пациентов входили в I группу, 14 пациентов во II группу. Достоверно значимых различий по характеру болевого синдрома ($t=1,037$, $p=0,308$), психическому ($t=0,115$, $p=0,909$) и физическому ($t=0,075$, $p=0,941$) состоянию пациентов в сравниваемых группах не выявлено. Заключение: 1. Выполнение ТАПП без фиксации сетчатого эндопротеза приводит к сокращению длительности послеоперационных койко-дней ($t=1279,5$, $p=0,016$), без увеличения длительности операции ($t=1671$, $p=0,139$), частоты послеоперационных осложнений ($\chi^2=0,005$, $p=0,946$). 2. В отдалённом послеоперационном периоде достоверно значимых различий по характеру болевого синдрома ($t=1,037$, $p=0,308$), психическому ($t=0,115$, $p=0,909$) и физическому ($t=0,075$, $p=0,941$) состоянию пациентов в сравниваемых группах при применении различных методик ТАПП не выявлено.

**231. Пути повышения эффективности
видеоторакоскопической верхней грудной
симпатэктомии при лечении болезни Рейно**

Шнитко С.Н.

Минск

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

Актуальность. После видеоторакоскопической верхней грудной симпатэктомии (ВВГСЭ) хорошие результаты отмечены лишь у 69%, удовлетворительные – у 27% и неудовлетворительные – у 4% пациентов (Матвиенко А.В., 2002). Trigneno M. et al., 2000 отмечают 50% рецидивов болезни. Возобновление симптоматики болезни Рейно (БР) отмечено у 82,2% пациентов (Matsumoto Y. et al., 2002). Материалы и методы. Для улучшения результатов хирургического лечения БР мы провели исследования в 2-х направлениях: во-первых усовершенствовать методику ВВГСЭ, а во-вторых, на основании морфометрического исследования удаленных симпатических ганглиев, определить патогенетичность ВВГСЭ, объем резекции симпатического нервного ствола и целесообразность проведения операции в зависимости от стадии БР. По предложенному нами новому способу хирургического лечения БР (Патент Республики Беларусь №8783 от 30.12.2006 г.) выполнена 471 операция ВВГСЭ у 244 пациентов. Возраст пациентов от 16 до 53 лет (ср. $21,8 \pm 6,8$ лет). Длительность заболевания от 3-х мес. до 13 лет (ср. $4,2 \pm 0,7$ лет). I ст. – у 5 (2%), II ст. – у 231 (94,7%) и III ст. – у 8 (3,3%) пациентов. В нашем наблюдении осложнения отмечены в 19 случаях (4,03%). Внутривенные кровотечения наблюдались в 5 операциях (1,06%). Из них только в одном случае (0,21%) развилось опасное для жизни кровотечение из ветви межреберной вены, потребовавшее перехода на торакотомию. О низкой травматичности используемой методики ВВГСЭ свидетельствуют также и результаты исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Изменения всех показателей носят статистически недостоверный характер. Так, ДЖЕЛ после операции изменяется с 84,2% до 76,7% (ЖЕЛ с 4,65 л до 4,30 л) ($p > 0,05$), ДМВЛ - с 76,1 % до 73,2% (МВЛ - со 100,9 л до 100,4 л) ($p > 0,05$), ДОФВ-1 - с 88,0% до 80,4% (ОФВ-1 - с 3,78 л до 3,48 л) ($p > 0,05$), индекс Тиффно - с 79,5% до 80,1% ($p > 0,05$). У больных с БР в сравнении с

контрольной группой неизмененных нейронов на 1мм: среза ганглия было существенно меньше ($27,5 \pm 3,5$ при болезни Рейно и $200,9 \pm 16,5$ в контроле), а дегенерирующих - больше ($226,1 \pm 10,7$ и $59,6 \pm 17,1$ соответственно) (в обоих случаях $P < 0,01$). Обсуждение. В III –й ст. БР снижение плотности нейроцитов ($? = -51,1$) практически идентично уменьшению количества дегенерирующих ($? = -66,8$) и сморщенных ($? = -51,4$) клеток. Это позволяет нам утверждать, что уменьшение плотности нейронов в III ст. связано с прогрессирующей дегенерацией и их гибелью. Функции «выпавших клеток» выполняют нейроны выше- и нижележащих ганглиев, поэтому, рефлекторная дуга проходит вне 2-4 ганглиев. При определении эффективности ВВГСЭ мы использовали критерии А.В. Матвиенко (2002). В отдаленном п/о периоде (от 1 года до 12 лет) хорошие результаты зарегистрированы в 93% случаев. Удовлетворительные результаты отмечены у 7% пациентов, неудовлетворительных результатов не было. Выводы и рекомендации. 1. В I-й ст БР эффективными оказываются различные методы медикаментозного и физиотерапевтического лечения, которые приводят к исчезновению симптомов тканевой ишемии у 70-87% пациентов. 2. Удаление участка симпатического ствола с патологически измененными 2-4 ганглиями в процессе ВВГСЭ разрывает связь между сосудодвигательным центром и микроциркуляторным руслом кистей, тем самым устраняя неадекватные центральные влияния и улучшая состояние гемодинамики в дистальных отделах конечностей у 93% пациентов со II ст. БР. 3. Постоянная центральная стимуляция нейронов в симпатических ганглиях приводит к нарастанию их функциональной активности, срыву в них репаративных процессов, постепенной дегенерации и гибели. Это ведет к перестройке рефлекторной дуги к сосудам верхних конечностей в обход данных ганглиев. Поэтому ВВГСЭ в поздней III-й ст. БР оказывается малоэффективной.

232.Эндоскопические способы лечения пациентов с низкими рубцовыми стриктурами толстой кишки

*Крушельницкий В.С. (1), Дурлештер В.М.(1,2),
Габриэль С.А. (1,2), Дынько В.Ю.(1),
Тлехурай Р.М. (1,2), Беспечный М.В. (2)*

Краснодар

- 1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Краевая клиническая больница №2."
- 2) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и инструментария, частота развития послеоперационных осложнений, таких как рубцовые стриктуры межкишечных анастомозов, значительно не снижается. Другой причиной развития рубцовых сужений толстой кишки являются воспалительные заболевания кишечника. Большое число специалистов в настоящее время отдают предпочтение эндоскопическим методам лечения пациентов с рубцовыми стриктурами толстой кишки. Основными эндоскопическими методами лечения данной группы пациентов являются бужирование и баллонная дилатация. Данные методы являются предпочтительными в силу своей малоинвазивности и меньшей травматичности по сравнению с «открытыми» операциями. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении эндоскопии ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодар за период с 2014 г. по 2017 г. обследование и лечение по поводу рубцовых стриктур толстой кишки, развившихся вследствие перенесенных оперативных вмешательств и ВЗК, проходили 25 пациентов, из них 12 женщин, 13 мужчин. Возраст пациентов варьировал от 19 до 80 лет. Рубцовые сужения локализовались на расстоянии от 5 до 25 см от наружного края заднего прохода. **ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** Аппаратное бужирование применялось у 9 пациентов (36,0%). Подбор эндоскопа осуществлялся в соответствии с диаметром стриктуры. У 5 из 9 пациентов лечение было многоэтапным (для достижения лечебного эффекта требовалось 3 и более этапов бужирования). Бужирование силиконовыми бужами было использовано у 5 пациентов (20,0%). У всех пациентов лечение выполнялось в несколько этапов (в 3 этапа у 2 пациентов, и еще у двух пациентов в 4 этапа). У 3 пациентов (12,0%) была применена комбинация методов бужирования

(аппаратное и с использованием силиконовых бужей). В среднем, за госпитализацию выполнялось 3 сеанса с интервалом не менее чем в 2 суток. У двоих пациентов лечение было выполнено за несколько этапов. Баллонную дилатацию рубцовых сужений применяли у 3 пациентов (12,0%). Все пациенты получали по 2 сеанса баллонной дилатации с интервалом не менее чем 2 суток. Многоэтапным лечение было у 2 пациентов (в обоих случаях в 4 этапа). Комбинацию методов с использованием бужей и баллонной дилатации применяли у 3 (12,0%) пациентов. У 2 пациентов лечение было выполнено в несколько этапов (в одном случае в 4 этапа, и в одном в 5 этапов). Методика стентирования нитиноловыми саморасширяющимися стентами была использована у 2 пациентов (8,0%). Нами были применены «покрытые» стенты общей длиной 8.0 см, диаметром 2.2 см. В обоих случаях отмечалась миграция стента и рецидив стриктуры. В одном из случаев стент мигрировал в супрастенотический отдел, что вызвало сложности при его извлечении. Осложнений, потребовавших хирургической коррекции, в анализируемой группе пациентов не было. Полученные результаты были разделены на три категории в зависимости от достигнутого диаметра просвета в зоне сужения. Хорошим считали результат, когда диаметр просвета составлял 15 мм и более; удовлетворительным - когда диаметр просвета составлял 8-15 мм; неудовлетворительным считали результат с диаметром просвета менее 8 мм. По нашим данным, количество хороших и удовлетворительных результатов в анализируемой группе пациентов составило 72 %. **ВЫВОДЫ.** Эндоскопические способы расширения просвета толстой кишки у пациентов с низкими рубцовыми стриктурами, являются достаточно эффективными и безопасными методами лечения, обычно, требующими многоэтапного применения. Методика стентирования доброкачественных стриктур толстой кишки саморасширяющимися стентами малоэффективный способ реканализации просвета.

233.Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у больных с заболеваниями панкреато-билиарной зоны

*Габриэль С.А. (1,2), Гучетль А.Я. (1,2),
Дурлештер В.М. (1,2), Дынько В.Ю.(1),
Кортиева А.Т.(1), Крушельницкий В.С. (1),
Тлехурай Р.М.(1,2).*

Краснодар

- 1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Краевая клиническая больница №2".
- 2) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность темы. Благодаря совершенствованию аппаратуры и методики, чреспапиллярные вмешательства совершили практически переворот в диагностике и лечении заболеваний панкреато-билиарно-дуоденальной зоны. По данным ряда авторов применение эндоскопических чреспапиллярных методик позволяет провести диагностику и успешное эндоскопическое лечение в 76-92 % случаев, а количество ранних осложнений не превышает 3-5 %. Цель работы: определить эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, выполняемых в условиях ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодара. Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ эффективности эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у 2888 больных, в период с 2008 по 2016 гг. в условиях ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодара, госпитализированных с различной патологией панкреато-билиарной зоны. Всем пациентам были проведены инструментально-лабораторные исследования и предприняты попытки выполнения чреспапиллярных вмешательств. Результаты. Общее количество пациентов составило 2888 человек, из которых мужчин было 1080, женщин-1808. Мы проанализировали основную патологию, по поводу которой выполнялись чреспапиллярные вмешательства: холедохолитиаз-1431 (49,4%), хронический осложненный панкреатит-426 (14,7%), аденома БДС-226 (7,8%), рак поджелудочной железы-108 (3,7%), острый панкреатит, панкреонекроз-178 (6,8%), рак БДС-56 (1,9%), рак ОЖП-94 (3,2), рак желчного пузыря-23 (0,8%), киста ОЖП-10 (0,34%), стриктуры ОЖП в результате ятрогенного повреждения или др.операций на ОЖП-132 (4,5%), подозрение на холедохолитиаз при ТА УЗИ (не подтвердившееся при РХПГ)-667 (23,1%), сочетанная патология (рак + холедохолитиаз,

стриктура + холедохолитиаз и др.)-25 (8,7%). Осложнения основной патологии были выявлены у 2009 пациентов (69,6%). Основные из них, это: механическая желтуха у 1664 больных (57,6%), острый панкреатит-249 пациентов (8,6%), гнойный холангит -у 96 больных (3,3%). Местные изменения со стороны ДПК, влияющие на возможность выполнения чреспапиллярных вмешательств были выявлены у 690 больных (23,8%). Наиболее частая причина — это дивертикулы парапапиллярной зоны -408 пациентов (14,2%). Атипичное расположение БС ДПК было выявлено у 321 пациента (11,1%). Мы провели анализ этапности эндоскопических чреспапиллярных вмешательств. В один этап чреспапиллярные вмешательства были выполнены у 2301 пациента (79,7%), в два этапа у 392 (13,6%), в три этапа и более у 166 пациентов (5,8%). В анализируемой группе у 57 (1,97%) больных эндоскопические вмешательства не увенчались успехом. Основная причина неудач - это попытки литоэкстракции сложного холедохолитиаза, вмешательства на главном панкреатическом протоке и попытки стентирования ОЖП в сложных клинических ситуациях. Среди осложнений были отмечены: острый панкреатит-90 больных (3,1%), кровотечение из папилотомной раны- 56 пациентов (1,9%), ретродуоденальная перфорация-9 пациентов (0,3%). У 38 больных с острым постманипуляционным панкреатитом (1,3%) развился панкреонекроз, который закончился летальным исходом у 12 больных (0,4%), у 627 пациентов (25,5%) имела место амилаземия, без клинических проявлений и не потребовавшая интенсивной терапии. Данное состояние осложнением не считаем. Таким образом, эффективными наши вмешательства были у 2831 пациента (98,0%). Выводы: 1. Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства являются важным и необходимым звеном в лечении и диагностике пациентов с заболеваниями панкреато-билиарно зоны с высокой степенью эффективности (по нашим данным-до 98,0%). 2. Качество работы эндоскопической службы во многом зависит от аппаратно-инструментального оснащения эндоскопического отделения и опыта специалиста. 3. Комплексное применение чреспапиллярных методик повышает эффективность малоинвазивного лечения данной группы больных

234.FAST-TRACK-технология – эффективная альтернатива традиционным подходам в хирургии стомированных пациентов

*Дарвин В.В.(1), Ильканич А.Я.(1), Воронин Ю.С.(1),
Лещинский А.Е.(2)*

Сургут, 2) Выселки, Краснодарского края

БУ Сургутская окружная клиническая больница,
ГБУЗ Выселковская ЦРБ

Консерватизм в хирургии – важная основа для достижения благоприятных результатов, но прогрессирующее развитие всех направлений требует изменений традиционных подходов и в хирургии. И это касается не только создания и усовершенствования всех составляющих выполнения оперативного вмешательства, но и изменения традиционных устоявшихся правил ведения больных в периоперационном периоде. Цель исследования – проанализировать эффективность внедрения компонентов программы ускоренного восстановления при проведении реконструктивно-восстановительного этапа у стомированных больных. Материал и методы. Исследование – ретроспективное. Проведен анализ хирургического лечения 130 стомированных пациентов, пролеченных в течение последних 5 лет. Больные были разделены на 2 группы: основная (74 – 56,9%) и контрольная (56 – 43,1%). В основной группе ведение пациентов основано на рекомендациях Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society, в контрольной – на традиционных подходах ведения периоперационного периода. Статистически достоверных различий между пациентами обеих групп по возрастно-половым характеристикам, основному заболеванию, сопутствующей патологии, типу и локализации стомы не выявлено. Внедренные нами элементы программы ускоренного восстановления включали в себя: - информирование пациента о предстоящей операции с подробным освещением вопросов подготовки к операции, технических особенностях её проведения, возможных осложнениях, и особенно о этапах дальнейшей послеоперационной реабилитации в режиме ERAS и ее технических особенностях, - отказ от голодания в предоперационном периоде (последний приём пищи не позднее 6 часов до операции, последний приём жидкости - за 2 часа до операции), - подготовка кишечника препаратами производными полиэтиленгликоля, - антибиотикопрофилактика в

соответствии с микробиологическим мониторингом, - профилактика тромбоэмболических осложнений, - адекватный объём инфузионной терапии в интраоперационном периоде, - применение видео-ассистированного доступа и минилапаротомии, - удаление назогастрального зонда в операционной сразу после пробуждения, - нутритивная поддержка начиналась через 5 часов после окончания операции (200 мл смеси для парентерального питания и 500 мл воды в течение первых послеоперационных суток, прием вазелинового масла per os, применение высокобелковых питательных смесей в последующем), - значительное «сужение» показаний для дренирования брюшной полости, - удаление мочевого катетера после пробуждения, - применение в послеоперационном периоде мультимодальной анальгезии, - начало мобилизации больного со дня операции, - ускорение восстановления навыков самообслуживания и активизации пациента. Обсуждение результатов. В послеоперационном периоде больные из основной группы находились в отделении анестезиологии и реанимации, в среднем $0,7 \pm 0,8$ сут, а пациенты контрольной группы - $1,4 \pm 0,9$ сут. У больных основной группы перистальтика становилась активной в течение $1,0 \pm 0,8$ сут после операции, самостоятельное отхождение газов отмечалось через $0,8 \pm 0,6$ сут, самостоятельный стул - через $3,0 \pm 1,1$ сут. В контрольной группе активная перистальтика появлялась через $1,4 \pm 0,5$ сут, самостоятельное отхождение газов - через $1,5 \pm 0,5$ сут, появление самостоятельного стула - через $4,9 \pm 1,5$ сут. В основной группе пациентов послеоперационные осложнения отмечены у 7 (5,4%) пациентов, в контрольной - у 11 (8,5%). Продолжительность стационарного лечения составила $11,4 \pm 4,2$ суток в основной группе и $16,3 \pm 9,4$ суток - в контрольной группы. Летальных исходов в обеих группах не было. При статистической обработке полученных результатов отмечена достоверность различий по всем проанализированным параметрам ($P < 0,001$). Заключение. Таким образом, внедрение в клиническую практику протокола ускоренного восстановления после хирургического лечения у пациентов с кишечными стомами – актуальная задача для практического здравоохранения, решение которой позволяет получить медицинский, социальный и экономический эффект.

235. Сравнительная оценка эффективности лапароскопической продольной резекции желудка и минигастрошунтирования

Калиниченко А.А., Лебедев В.А., Миронова Т.И.,
Храпова Н.В., Тятюшкин И.М.

Омск

БУЗОО «ГКБСМП №1», МЦСМ «Евромед»

Актуальность. Распространение ожирения в мире и России растет все более высокими темпами. Ожирение, в первую очередь через ассоциированные заболевания, значительно ухудшает качество жизни и увеличивает риск преждевременной смерти. Бариатрическая хирургия в настоящее время являет самым эффективным способом борьбы с ожирением. Материалы и методы. Произведен опрос и оценка результатов операций, проведенных одной бригадой врачей в нескольких медицинских учреждениях. Результаты: Было выполнено 134 бариатрических операции у 130 пациентов: 64 ЛПРЖ; 47 MGB; 5 RYGB; 3 SADI; 4 гастропластики. Продольная резекция желудка. Более или менее отдаленные результаты удалось наблюдать у 57 пациентов. Средний процент потери избыточной массы тела 66,99%. В большинстве случаев выполнялось формирование антирефлюксного клапана. Из нежелательных эффектов 2 пациента отмечают ночную изжогу, которая регулярно нарушает сон. 6 пациентов вынуждены постоянно принимать антисекреторные препараты. 8 пациентов (14%) на момент последнего наблюдения отметили набор массы тела. Связывают это с недостаточным самоконтролем пищевого поведения. Постоянно или курсами принимают витаминные препараты 13 пациентов (22,8%). Дискомфорт во время приема пищи отмечают 5 пациентов (8,77%), связан преимущественно с употреблением мясной и мучной пищи. В связи с недостаточной эффективностью были выполнены ревизионные операции: 1 гастропластика и 3 операции SADI с отличными результатами. Минигастрошунтирование. 47 пациентов: 85% женщин и 75% мужчин. От 22 до 59 лет. ИМТ от 31,2 до 64,4 кг/м². Результаты удалось наблюдать у 38 пациентов. Средний процент потери избыточной массы тела составил 53,98% (срок 1 – 3 года). Принимают витамины 22 пациента (57,9%). Явления диареи отмечают 6 (15,8%), при этом ни у кого она

существенно не ухудшает качество жизни, практически все связывают ее с какими-либо конкретными продуктами. Периодический дискомфорт во время приема мясной пищи отмечают 3 пациента (7,9%). Патологически усиленное чувство голода отмечают 2 пациентки, у них же скромные результаты %EWL: 29% (5 месяцев после операции) и 21,9% (24 месяца после операции). Субъективно недовольны результатами лишь 2 пациентки, одна из них упоминалась выше – с %EWL 21,9% через два года после операции на фоне нарушения пищевых рекомендаций. Вторая имеет сопутствующую патологию: гипотиреоз в результате аутоиммунного тиреоидита, депрессию, много лет принимает психотропные препараты. Выводы. 1. Ввиду малого количества наблюдений и разницы срока наблюдений двух бариатрических операций: 6 лет для продольной резекции желудка и 2,5 года для минигастрошунтирования представляется не вполне корректным сравнение имеющихся статистических показателей, требуется дальнейший набор и анализ данных. 2. Субъективно абсолютное большинство пациентов, перенесших гастропластику, полностью довольны результатами операции. В случае же продольной резекции желудка высока вероятность рецидива набора массы тела спустя некоторое время после операции. Практически все опрошенные, столкнувшиеся с такой проблемой, связывают ее с нарушением пищевых рекомендаций, а именно: увеличение количества пищи и частоты приема пищи; бесконтрольный прием легкоусвояемых углеводов. В некоторых случаях требуется повторное хирургическое вмешательство. В группе минигастрошунтирования подобной необходимости не возникало. 3. Учитывая данные мировой и российской статистики бариатрических операций, можно предполагать, что на длинной дистанции средний %EWL у пациентов, перенесших минигастрошунтирование окажется выше, чем у пациентов из группы ЛПРЖ, в которой к тому же возможны рецидивы набора массы тела. 4. Спектр показаний для ЛПРЖ уже, чем для минигастрошунтирования, которое оказалось более универсальной и эффективной операцией. Рекомендации. Продольная резекция желудка может быть эффективна, но не у каждого пациента: в нашей группе это пациенты из возрастной группы до 40 лет, ведущие активный образ жизни, сумевшие сформировать у себя устойчивое правильное пищевое поведение. Неудовлетворительные же результаты наблюдаются у людей эмоционально лабильных, не способных изменить свое отношение к еде и ее

месту в своей жизни. Таким пациентам стоит рекомендовать минигастрошунтирование.

236. Тактика хирургического лечения при колоректальном раке, осложненном кровотечением

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2),
Греков Д.Н. (1,2), Гугнин А.В. (1,2),
Коржева И.Ю. (1,2), Эминов М.З. (1,2),
Якомаскин В.Н. (1), Цуркан В.А. (1,2)

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ,
- 2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина»

Актуальность. На сегодняшний день известно, что хирургическое лечение осложненных форм колоректального рака (КРР) характеризуется рядом диагностических и терапевтических проблем. Структура осложнений колоректального рака по данным ОМО ДЗ Москвы в 2018 году характеризовалась кровотечениями в 16–19% случаях. Послеоперационная летальность по стационарам города Москвы составляет от 6% до 15%. В связи с этим, именно понимание клинических особенностей данной болезни и тактики ее лечения важно для обеспечения благоприятных результатов ведения данной группы пациентов. Целью данной работы является изучение эффективности различных тактик лечения больных с колоректальным раком, осложненным кровотечением. Материалы и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты клинического наблюдения 992 пациентов, находившихся на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы с 2012 по 2018 гг. В наблюдаемую группу больных вошли 92 пациента с колоректальным раком и кровотечениями, которым были выполнены следующие оперативные вмешательства: экстренные операции – 19 (20,7%), эндоскопический гемостаз+срочная операция – 69 (75%),

эмболизация сосудов, питающих опухоль+операция – 4 (4,3%). Результаты. В изучаемый период кровотечения при колоректальном раке отмечались в 214 (21,6%) наблюдениях. При этом, оперативная активность при кровотечениях в больнице в изучаемый период составила – 42,9%. Важно отметить, что анализ пациентов данной группы (колоректальный рак, осложненный кровотечением) показал, что при безуспешных попытках гемостаза и в связи с этим выполненными экстренными операциями (n=19), выявлены неудовлетворительные показатели в отношении среднего количества койко-дней – 15,8; послеоперационных осложнений – 5 (26,3%); послеоперационной летальности – 3 (15,8%). В случаях достижения гемостаза (n=69) с последующим проведением срочной операции, показатели лечения больных улучшились, а именно: среднее количество койко-дней составило 10,2; послеоперационные осложнения – 9 (13%); послеоперационная летальность – 3 (4,3%). Необходимо учесть, что при данном осложнении заболевания, резекционные вмешательства выполнялись при безуспешных попытках гемостаза, а с целью гемостаза использовались эндоскопические технологии. Однако также было возможно применение ангиографии с суперселективной эмболизацией, что было применено в 4 (4,3%) случаях в качестве предоперационной подготовки с последующей резекцией опухоли с сегментом кишки. Показанием к внутрисосудистым вмешательствам были сформулированы с целью необходимости остановки кровотечения из опухоли; а также проведения предоперационной подготовки перед резекционным вмешательством. Послеоперационных осложнений и летальных исходов с использованием данной методики выявлено не было. Выводы. На основании наших данных отмечаем, что экстренное хирургическое лечение остается наиболее распространенной тактикой лечения больных с осложненными формами колоректального рака. При этом, эндоскопический гемостаз является методом выбора для остановки кровотечения при колоректальном раке; а рентгенэндоваскулярные технологии и суперселективная эмболизация при колоректальном раке, осложненным кровотечением, требуют дальнейшего изучения и накопления опыта. Таким образом, применение этапных, малотравматичных методов лечения, направленных на разрешение экстренного хирургического осложнения, позволяет улучшить

результаты лечения больных с осложненным колоректальным раком.

237. Описание лапароскопической гастропанкреатодуоденальной резекции, при протоковой аденокарциноме головки поджелудочной железы с модифицированным панкреатоеюноанастомозом

Джансыз И.Н., Астахов В.Л., Головин А.В., Фесак И.В., Казимов К.Н., Алисултанов М.Б.

Балашиха

МООД

Актуальность: Лапароскопический метод дистальной резекции поджелудочной железы получил широкое признание. Но лапароскопическая гастропанкреатодуоденэктомия распространяется гораздо медленнее, из-за сложности процедуры. Хирургическая безопасность была и остается основной проблемой в больницах с малым количеством пациентов и соответственно низким опытом оперирующих хирургов, что приводит к повышению послеоперационной летальности, и требует тщательного мониторингирования результата во время хирургической кривой обучения. Материалы и методы: Представленная работа основана на ретроспективном анализе клинического наблюдения Больного Ю., 46 лет. Считает себя больным с середины октября 2018 года, когда отметил желтушность кожи и склер, после приступа болей в эпигастрии и тошноты, обратился в больницу по месту жительства. При обследовании выявлено образование в области ампулы фатерова соска. 06.11.2018г. чрезкожно-чрезпеченочное дренирование желчного пузыря. Биопсия при фиброгастроскопии. Гистологическое заключение № 13456-58 умереннодифференцированная аденокарцинома. МРТ ОБП от 03.11.2018г.: поджелудочная железа истончена, хвост до 12 мм, тело до 15 мм. Вирсунгов проток прослежен на всем протяжении, деформирован, расширен до 12 мм. Общий желчный и вирсунгов протоки прослеживаются до головки поджелудочной

железы и фатерова соска, где определяется неправильной формы объемное образование размерами 26х44х22 мм. Полученные результаты: 26.11.2018г. больному выполнена лапароскопическая гастропанкреатодуоденальная резекция, холецистэктомия с модифицированными авторами панкреатоеюностомией. Операция длилась 570 мин. Кровопотеря составила 150 мл. На вторые сутки больной был переведен из реанимационного отделения. Начато кормление через рот со вторых суток после операции, ранняя активизация. Ежедневно выполнялся мониторинг анализов отделяемого из дренажей, а также общий анализ крови и биохимический анализы. За все время мониторингирования отделяемого по дренажам уровень амилазы был в пределах нормы. На пятые сутки у больного были удалены все дренажи. Рентген контроль гастроэнтероанастомоза на 6 сутки: анастомоз состоятельный эвакуация контраста через 2 минуты. Удален зонд на 6 сутки. На 9 сутки после операции больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии, швы сняты. Обсуждение: как и многие другие исследователи мы считаем что, при выборе методики оперативного пособия при заболеваниях поджелудочной железы, основной фокус должен базироваться на аспектах безопасности, для пациента. Важным моментом для НРВ-центров на пути к внедрению лапароскопической панкреатодуоденэктомии является то что: “хирурги должны оценивать свой уровень навыков с четким пониманием сложности процедуры...”. Это сообщение дополнительно подчеркивает недавнюю информацию из исследования Leopard 2. Комиссия по мониторингу данного исследования, рекомендовала досрочное прекращение исследования, из-за слишком высокой смертности и осложнений в лапароскопической группе пациентов 10%, против 2% при открытой гастропанкреатодуоденальной резекции. Выводы: полученные нами данные позволяют рассматривать лапароскопическую гастропанкреатодуоденальную резекцию как вариант выбора при злокачественном поражении головки поджелудочной железы, при этом особое внимание должно быть уделено теоретической и практической подготовки хирургов, а также созданию единых тактических подходов и решений в различных клинических ситуациях. Рекомендации: лапароскопическую гастропанкреатодуоденальную резекцию с модифицированными авторами панкреатоеюностомией при злокачественном поражении головки поджелудочной железы

рассматривать как вариант выбора оперативного лечения.

238. Оптимизация тактики периоперационной реабилитации пациентов с морбидным ожирением и синдромом обструктивного апноэ сна тяжелой степени

Зорин Е.А., Ермаков Н.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ "Лечебно-реабилитационный центр"
Минздрава России

Одним из наиболее распространенных сопутствующих заболеваний у пациентов с ожирением является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). По данным различных авторов, распространенность СОАС в популяции пациентов с ожирением может достигать 77%. Периоперационный период у пациентов с морбидным ожирением в сочетании с СОАС сопряжен с высоким риском развития осложнений на фоне применения наркотических, миорелаксирующих и седативных препаратов. В связи с этим пациентам с данной патологией требуется проведение тщательной предоперационной подготовки, в том числе с применением неинвазивной вентиляции легких. Существует большое количество работ, посвященных периоперационному ведению пациентов с ожирением и СОАС, однако ни в одном из источников не указаны конкретные сроки проведения предоперационной подготовки. Материалы и методы. С января 2012 г. по декабрь 2015 г. у 55 пациентов с ожирением при обследовании был выявлен СОАС тяжелой степени. Всем пациентам выполнялась установка внутрижелудочного баллона, инициация СРАР-терапии, подбор медикаментозной терапии, после чего дальнейшая предоперационная подготовка проводилась амбулаторно. После снижения веса и компенсации СОАС пациенты были прооперированы. С января 2016 г. подготовка к операции данной категории пациентов проводится в условиях хирургического стационара. После

предоперационного обследования выполняется подбор СРАР-терапии, по показаниям – кислородотерапия, медикаментозная коррекция сопутствующей патологии. После компенсации СОАС (уменьшение индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) на 50% и более по данным мониторинга пульсоксиметрии) пациенты оперируются с применением безопиоидной анестезии и стандартизированной методики оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде продолжается СРАР-терапия, а также применяется методика ускоренной реабилитации хирургических пациентов. Всего в соответствии с вышеописанной методикой периоперационного ведения пролечено 35 пациентов. Результаты. С января 2012 г. по декабрь 2015 г. длительность предоперационной подготовки пациентов с морбидным ожирением и СОАС тяжелой степени составляла 27,3 недели. В этой группе пациентов было зафиксировано 2 эпизода рекуаризации в ближайшем послеоперационном периоде, а также 1 летальный исход у пациента с СОАС крайне тяжелой степени после установки внутрижелудочного баллона. Проведение предоперационной подготовки в условиях стационара позволило сократить ее продолжительность до 4,9 дня. Летальности и осложнений (как хирургических, так и кардиореспираторных) не было. Выводы. Ввиду малого количества пациентов говорить о достоверности различия результатов не следует, однако начальные данные говорят об эффективности проведения краткосрочной предоперационной подготовки у пациентов с морбидным ожирением в сочетании с СОАС тяжелой степени; при этом с экономической и социальной точек зрения данная методика представляется более выгодной. Для полноценного анализа требуется накопление опыта и большее количество пролеченных пациентов.

**239.Реваскуляризирующая
аутомиелотрансплантация как метод не прямой
реваскуляризации у пациентов с синдромом
диабетической стопы**

Камендровская А.А.

Витебск

Витебский государственный медицинский
университет

Актуальность. Синдром диабетической стопы является одним из самых тяжелых осложнений сахарного диабета (СД) с экономической и социальной точки зрения, что обусловлено высоким уровнем ампутаций нижних конечностей, инвалидностью, значительным снижением качества жизни пациентов. Поражение дистального сегмента, поздняя стадия заболевания с трофическими нарушениями, сопутствующая патология являются причинами отказа в реконструктивных операциях у 50-75% пациентов. В последние годы в литературе все чаще встречаются данные об использовании клеточных технологий в лечении заболеваний сосудов нижних конечностей путем стимуляции неоангиогенеза. Однако, все эти методики требуют специального оборудования, обученного персонала и больших финансовых затрат, что делает невозможным их широкое применение. Необходима разработка новых методов не прямой реваскуляризации, подходящих для применения на уровне базового звена системы здравоохранения. Материал и методы. Разработан и внедрен метод не прямой реваскуляризации нижних конечностей, основанный на использовании аутоасpirата красного костного мозга – реваскуляризирующая аутомиелотрансплантация (РАМТ). Под местной анестезией иглой И.А. Кассирского выполняется стерильная пункция и осуществляется забор красного костного мозга. Производится местная анестезия в зоне точек введения аспирата на бедре и голени с последующей реплантацией аспирата костного мозга путем его введения в мышцы бедра и голени. Накладывается асептическая повязка. В исследовании участвовало 55 пациентов, страдающих СД 2 типа с ХАН 3б-4 стадии. Пациенты находились на лечении в ГУЗ «Витебская городская центральная клиническая больница» в 2015-2017 годах. Во всех случаях было невозможно выполнить реконструктивные операции на магистральных сосудах. По предлагаемому методу

прооперировано 23 пациента (основная группа). 32 человека, страдающие СД с ХАН 3б-4 стадии, получали только консервативное лечение (группа сравнения). В декабре 2017 года выполнено анкетирование пациентов по разработанному нами опроснику, а также по опроснику качества жизни у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (Савин В.В., 2001 год). Обработка данных проводилась с использованием стандартных пакетов статистических программ Excel и Statistica 10.0. В основной группе мужчин было 15 (65,2%), женщин 8 (34,8%). В группе сравнения мужчин было 20 (62,5%), женщин 12 (37,5%). Средний возраст в основной группе для мужчин составил $60,3 \pm 8,9$ года, для женщин – $66,4 \pm 7,6$ года. Средний возраст в группе сравнения для мужчин составил $62,3 \pm 6,7$ года, для женщин – $66,3 \pm 8,4$ года. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии ($p > 0,05$). Результаты и обсуждение. После РАМТ через 18 месяцев в основной группе количество сохранных опороспособных конечностей составило 90,9%, в то время как в группе сравнения этот показатель составил 65% ($p < 0,05$). Все опрошенные пациенты основной группы передвигались самостоятельно, либо с помощью трости или протеза. Отмечалось увеличение дистанции безболевой ходьбы. В основной группе из 18 пациентов у 3 (16,7%) трофические нарушения исчезли после операции, у 5 (27,8%) остались без динамики. В группе сравнения трофические нарушения сохранились у всех опрошенных ($p < 0,05$). Хорошее и удовлетворительное качество жизни отметили 92,3% пациентов основной группы, в группе сравнения – 68% ($p > 0,05$). Максимальный положительный эффект все пациенты отметили через 2-2,5 месяца после операции. Выводы и рекомендации. 1. РАМТ может быть использована для не прямой реваскуляризации нижних конечностей в комплексном лечении пациентов с синдромом диабетической стопы. 2. При использовании РАМТ удалось избежать высокой ампутации нижней конечности у 90,9% пациентов через 18 месяцев. Отмечалась тенденция к увеличению дистанции безболевой ходьбы и повышению уровня качества жизни пациентов. 3. В результате применения РАМТ установлено, что у 16,7% пациентов достоверно наблюдалось исчезновение трофических нарушений в отдаленном послеоперационном периоде.

240. Хирургический больной: нужно ли голодание перед операцией?*Пасечник И.Н.*

Москва

ФГБУ ДПО "ЦГМА" УД Президента РФ

Хирургическое вмешательство даже в условиях анестезиологической защиты сопровождается формированием стресс-ответа, включающего метаболическую и воспалительную составляющие. Важно заметить, что целый ряд факторов, таких как страх, голодание, отчасти болевой синдром, оказывают выраженное влияние на метаболический ответ организма больного и начинают действовать еще до начала хирургической операции. Суммарный метаболический ответ организма больного включает катаболическую направленность обменных процессов, формирование инсулинорезистентности (ИР) и стрессовой гипергликемии (СГ). Традиционное голодание перед операцией усугубляет описанные изменения. Одним из подходов к минимизации метаболических нарушений является назначение углеводного напитка (УН) до операции. Цель работы – анализ роли голодания в возникновении метаболических нарушений в послеоперационном периоде и возможностей их профилактики. В настоящий момент доказано, что голодание с вечера накануне операции сопровождается формированием ИР, возникновением СГ и усилением катаболизма в раннем послеоперационном периоде. Кроме того, факторами риска ИР и СГ является выраженность хирургической агрессии. Один из действенных способов профилактики ИР и СГ – отказ от длительного голодания перед операцией. Традиционно на голодании настаивают врачи анестезиологи-реаниматологи, которые боятся возникновения осложнений во время вводного наркоза – регургитации кислого желудочного содержимого с последующей его аспирацией в дыхательные пути. Вместе с тем имеются убедительные данные, что у больных без выраженной патологии желудочно-кишечного тракта эвакуация жидкой пищи из желудка происходит в течение 1 ч, а твердой – 3 ч. Осмысление полученных результатов нашло отражение в рекомендациях профильных сообществ. В них имеются положения о необходимости прекращать прием прозрачных

жидкостей не менее, чем за 2 ч до вводной анестезии, а твердой пищи – за 6 ч. Эти рекомендации не приемлемы для больных с нарушенной эвакуаторной функцией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Установленная безопасность приема 200 мл жидкостей за 2 часа до начала индукции в анестезию, позволила провести исследования, доказавшие, что использование УН уменьшает выраженность ИР и СГ. В настоящее время широко применяются официальные УН. Целью пероральной углеводной нагрузки являются: 1) «накормленный» метаболический статус пациента перед операцией и сохранение запасов гликогена, 2) преодоление ИР, профилактика СГ и сохранение анаболических эффектов инсулина. Стандартная «углеводная нагрузка» содержит около 100 грамм углеводов вечером накануне операции и 50-60 грамм за 2 часа до индукции в анестезию. Влияние углеводного напитка на послеоперационные ИР, СГ и состояние пациентов изучено в клинических исследованиях. Назначение углеводного напитка за 2 часа до операции больным, оперированным на органах брюшной полости, приводило к достоверному уменьшению ИР и СГ в раннем послеоперационном периоде. Кроме того, пациенты комфортней переносили предоперационную подготовку и предъявляли меньше жалоб на голод и жажду. У больных, оперированных на органах брюшной полости, назначение УН сопровождалось снижением длительности госпитализации на 1 сутки. Необходимо заметить, что при применении УН не зарегистрировано побочных эффектов, в том числе подозреваемой или явной аспирации. Вместе с тем, согласно протоколам исследования, пациенты с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и тяжелым течением диабета не включались в группы наблюдения. Таким образом, отказ от традиционного голодания перед операцией и назначение УН накануне хирургического вмешательства и за 2 ч до вводного наркоза являются надежными методами снижения ИР, СГ и катаболической направленности обменных процессов. Метаболическая подготовка на основе углеводной нагрузки позволяет повысить комфортность предоперационной подготовки пациента, снизить количество осложнений и длительность госпитализации.

**241. Метод одноэтапного хирургического лечения
холецистохоледохолитиаза***Снигирев А.Ю. (1), Алексеев Н.А. (1),
Снигирев Ю.В. (1,2)*

Новокузнецк

- 1) ГБУЗ КО НГКБ№5,
- 2) НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Введение. ЖКБ является наиболее распространенной патологией в клинической практике и встречается почти у 10% взрослого населения. Актуальной проблемой в билиарной хирургии является холедохолитиаз, частота которого при ЖКБ достигает 35%. В малоинвазивной хирургии чаще применяется двухэтапное лечение: на первом этапе выполняются ретроградные транспапиллярные вмешательства, а вторым этапом выполняется холецистэктомия. Применение интраоперационной антеградной эндоскопической папиллотомии в сочетании с холецистэктомией, является альтернативой двухэтапному лечению. Цель исследования - определить возможности интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии при одноэтапном лечении осложненной ЖКБ. Материалы и методы. Проведено проспективное исследование одноэтапного хирургического лечения с использованием интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ИАЭПСТ) у 65 пациентов с ЖКБ осложненной патологией ВЖП поступивших в отделение хирургии в 2017г. В плановом порядке поступило 52 (80%) пациента, в экстренном порядке 13 (20%) пациентов. Возраст пациентов варьировал от 24 до 80 лет. Основные методы дооперационной диагностики, определяющие выбор хирургической тактики, были: ультразвуковое исследование брюшной полости и фиброэзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Дополнительно во время операции пациентам в 100% случаев выполнялась интраоперационная холангиография (ИОХГ), которая являлась окончательным диагностическим этапом выявления патологии желчевыводящих протоков. Результаты и обсуждение. В группе плановых пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с ИАЭПСТ выполнена у 44 (84,7%) пациентов с холедохолитиазом, и у 6 (11,5%)

пациентов с стенозом БСДПК. У 2 (3,8%) пациентов выполнена конверсия лапароскопического доступа: в 1 случае по поводу холецистохоледохеального свища, во второго вследствие выраженного рубцово-спаечного процесса. В группе экстренных пациентов ЛХЭ, ИАЭПСТ, удаление конкрементов выполнено у 12 (92,3%) пациентов, у 1 (7,7%) пациента по поводу стеноза БСДПК. Осложнения отмечены у 2 (3,0%) пациентов после выполнения ЛХЭ, ИАЭПСТ с экстракцией конкрементов в виде повышения уровня амилазы крови без клинических проявлений острого панкреатита. На фоне консервативной терапии нормализация биохимических показателей. Выводы. ИОХГ у пациентов с ЖКБ является информативным методом диагностики патологии желчных протоков. ИАЭПСТ позволяет выполнять одноэтапное лечение осложненной желчнокаменной болезни с малым количеством осложнений. Основным фактором ограничения применения ИАЭПСТ является отсутствие доступа к БСДПК.

**242. Повреждения внепеченочных желчных путей:
влияние применяемых хирургических технологий***Дарвин В.В., Краснов Е. А., Степанов А.В.,
Яковлев Д. С.*

Сургут

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

Цель исследования - проанализировать возможную взаимосвязь между частотой и характером повреждений внепеченочных желчных путей и применяемыми хирургическими технологиями. Материал и методы. Проведен анализ результатов выполнения операции холецистэктомии у 11332 больных по поводу острого и хронического холецистита. Примененные хирургические доступы: лапаротомный – у 10,5% (1189), мини-доступ – у 29,6% (3350), видеолaparоскопический с использованием двухмерной видеосистемы – у 52,8% (5990), лапароскопический с применением цифровой хирургической видеосистемы трехмерного эндоскопирования «EndoSite 3Di Digital

Vision System» - у 7,1% (803) оперированных пациентов. В анализируемой группе по поводу острого холецистита оперировано 35,8% (4054), хронического – 64,2% (7278). При этом интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков имели место у 27 оперированных (0,23%): у 23 – полное пересечение (С) и у 4 – частичное (РМ); по анатомической локализации повреждений в билиарном дереве: Т1 – 8 (29,6%), Т2 – 16 (59,3%), Т3 – 2 (7,4%), Т4 – 1 (3,7%). Обсуждение результатов. Мы проанализировали зависимость частоты и характера ятрогенных повреждений от примененного доступа и степени выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре. Частота повреждений в зависимости от примененной хирургической технологии: при лапаротомической холецистэктомии – у 0,17% (2), при лапароскопической (двухмерная лапароскопия) – у 0,33% (20), при мини-доступе – у 0,15% (5), при трехмерной лапароскопической – 0. При этом отмечено, что при применении лапаротомного доступа у 1 пациента было полное повреждение и у 1 – частичное, при применении мини-доступа – у 2 – полное и у 3 – частичное, при применении двухмерной лапароскопии – у всех полное. При операции по поводу острого холецистита частота повреждений составила – 0,27% (11), хронического – 0,22% (16). Интраоперационно повреждения диагностированы у 5 оперированных (18,5%), в послеоперационном периоде (раннем и позднем) – у 22 (81,5%): при применении лапаротомного доступа у обоих – интраоперационно, при мини-доступе – интраоперационно – у 2 и у 3 – в послеоперационном периоде, при двухмерной лапароскопии – интраоперационно – у 1 и у 19 – в послеоперационном периоде. Заключение. Таким образом, установлено статистически достоверное различие в частоте повреждений внепеченочных желчных путей в зависимости от примененной технологии: большая частота отмечена при применении двухмерной лапароскопической холецистэктомии. Цифровая видеосистема объемного эндоскопирования обеспечивает хорошую визуализацию, что является основанием для уменьшения риск ятрогенных повреждений.

243. Результаты лечения больных с острым панкреатитом тяжелого течения в зависимости от объема операции

*Белоконов В.И. (1), Антропов И.В. (2),
Бабаев А.П. (2), Русин В.В. (2),
Скупченко С.С. (2), Катков С.С. (2)*

Самара

Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

Актуальность. По данным литературы тенденции к уменьшению числа больных с острым панкреатитом тяжелого течения (ОПТТ) не наблюдается, а результаты лечения существенно не улучшаются. Цель исследования: провести анализ результатов лечения ОПТТ в зависимости от объема и числа выполненных операций. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 59 пациентов, с ОПТТ за период с 2015 по 2018 годы. Мужчин было 33 (55,9%), женщин – 26 (44,1%). Средний возраст больных составил 57,5 года. Способы вмешательства, выполненных у больных с ОПТТ распределены согласно перечню хирургических операций в кодах ФФОМС. Полученные результаты. У 59 больных с ОПТТ всего было выполнено 169 операций, в том числе: диагностическая лапароскопия с осмотром ПЖ – у 4; секвестрэктомия – у 7; спленэктомия – у 1; трахеостомия – у 6; дренирование плевральной полости – у 4; холецистэктомия – у 9; эндоскопическая литэкстракция из холедоха – у 1; открытая холецистэктомия – у 5; ЛХЭ – у 3; холедохолитотомия с использованием видеоэндоскопической техники – у 1; наружное дренирование желчных протоков – у 4; эндоскопическое протезирование холедоха – у 1; эндоскопическая ретроградная папилофистуломию – у 5; цистэнтеростомия – у 2; оментобурсостомия – у 16; наружное дренирование кист поджелудочной железы – у 1; дренирование кист поджелудочной железы под УЗИ контролем – у 2; некрсеквестрэктомия – у 21; резекция желудка – у 2; илеостомия – у 2; субтотальная колэктомия – у 34 правосторонняя гемиколэктомия – у 1; устранение спаечной ОКН – у 3; резекция ободочной кишки – у 1; резекция сигмовидной кишки – у 1; диагностическая лапаротомия – у 25; дренирование брюшной

полости под контролем УЗИ – у 37. Число операций приходящихся на 1 больного с ОПТТ колебалось от 1 до 9, в среднем = 4. Из общего числа больных умерло 20 (33,8%). Средний койко-день составил 20,4. Средний возраст выживших пациентов составил 52,08 года, число операций = 1-2, а койко-день = 23,5. Средний возраст умерших пациентов = 68 лет, число перенесенных операций более 6, койко-день = 14,35. Заключение. Анализ больных с ОПТТ показал, что при их лечении требуется выполнение нескольких вынужденных операций. При этом летальность возрастает с увеличением их числа, а также возраста больных. Летальные исходы у 12 из 20 больных наступили в сроки от 1 до 2 недель от момента начала заболевания, то есть в стадию панкреатогенной токсемии и панкреатогенного инфильтрата, а у 8 в сроки от 14 до 43 суток - в стадию гнойных осложнений.

244. Комплексный подход к диагностике и лечению инородных тел пищевода

Пушкин С.Ю. (1,2), Белян А.С. (1,2), Иванов С.Л. (1), Щербаков Д.А. (1), Абашкин Н.Ю. (1)

Самара

Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Инородные тела пищевода (ИТП) могут послужить причиной развития жизнеугрожающих состояний, таких как кровотечение, медиастинит, сепсис и привести к летальному исходу. В связи с тем, что в ряде случаев диагностика ИТП представляет определенные трудности, то у данной категории пациентов необходимо участие в лечебно-диагностическом процессе врачей разных специальностей – торакальных хирургов, эндоскопистов, оториноларингологов. У 6-38% больных ИТП протекают бессимптомно, однако у 82-96,5% пациентов при их отсутствие в глотке и пищеводе имеются жалобы и клинические проявления, поэтому своевременное выявление инородного тела или результаты травмы им пищевода играет

решающую роль для определения тактики лечения и профилактики возможных осложнений. Цель - улучшить результаты лечения пациентов с ИТП путем совершенствования лечебно-диагностической тактики. Материал и методы. Проведен анализ лечения 417 пациентов с подозрением на инородное тело пищевода с 2017 по 2018 годы. Пациенты поступали самотеком и по скорой медицинской помощи на экстренный прием к торакальному хирургу и оториноларингологу в многопрофильный стационар согласно маршрутизации данной группы больных в Самарской области. Алгоритм обследования включал непрямую ларингоскопию, ФЭГС, при показаниях обзорную рентгенографию органов грудной клетки, контрастное исследование пищевода с раствором сернокислого бария, компьютерную томографию органов грудной клетки. У 335 (80,3%) больных был проведен полный осмотр, ИТП (чаще рыбья кость) удалено, у подавляющего большинства данных за ИТП и повреждения слизистой пищевода не было выявлено. При клинических проявлениях пациенты госпитализировались на диагностическую койку и им проводили консервативную терапию и динамическое наблюдение. В дальнейшем больные направлялись под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. 82 (19,7%) человека были госпитализированы в торакальное отделение. Женщин было 42 (51,2%), мужчин – 40 (48,8%), средний возраст колебался от 21 до 78 лет. При лечении использовали консервативные, эндоскопические методы и оперативные вмешательства. Полученные результаты. У 19 (23,2%) больных были непроникающие ранения стенки пищевода с повреждением слизистой. У 26 (31,7%) человек было проведено удаление инородного тела пищевода при ФЭГС или заведение его в просвет желудка, показанием к госпитализации являлись трудности при удалении ИТП или протяженные повреждения слизистой пищевода. В дальнейшем пациентам проведено консервативное лечение с хорошим эффектом. 4 больным удалить ИТП во время ФЭГС не удалось и им извлечение ИТП проведено с использованием ригидной эзофагоскопии под наркозом. У 1 пациента после удаления ИТП диагностировано проникающее ранение стенки пищевода вследствие пролежня из-за длительного нахождения мясной кости в виде распорки, больной был оперирован с хорошим эффектом. У 5 больных сразу потребовалась открытая операция из-за перфорации органа и развития осложнений. Выполнялось ушивание стенки пищевода в

сочетании: с укреплением линии швов, с чреспищеводным дренированием, с укреплением линии швов и сквозным чреспищеводным дренированием при явлениях медиастинита и некроза стенки пищевода. Повторных операций и летальных исходов не было. Заключение. Первичный осмотр пациентов с подозрением на ИТП в многопрофильном стационаре с участием торакального хирурга и оториноларинголога при соблюдении лечебно-диагностического алгоритма позволяет добиться ранней диагностики осложнений при травме пищевода ИТ, улучшить результаты, снизить частоту развития медиастинита и летальных исходов.

245. Клинические аспекты лечения пострадавших с политравмой и повреждением груди в дорожно-транспортных происшествиях

*Пушкин С.Ю. (1,2), Ардашкин А.П. (1,2),
Шатохин В.Д. (1), Камеев И.Р. (1),
Гранкин И.О. (1), Аксенова Е.В. (1),
Матеев Г.Л. (1), Юрасов Т.А. (1),
Уколов Е.А. (1)*

Самара

Самарская областная клиническая больница
им. В.Д. Середавина, Самарский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность. В структуре травматизма со смертельным исходом до 26-29% приходится на долю дорожно-транспортных травм. Около 30% пострадавших погибают на догоспитальном этапе, причем у каждого второго имеется повреждение груди. Увеличение пострадавших с политравмой требует мультидисциплинарного взаимодействия и формирования единого лечебно-тактического подхода. Совершенствование медицинской помощи может быть достигнуто за счет использования современных методов диагностики, оптимальных методов лечения с выявлением приоритетов нейрохирургической, торакальной, травматологической и хирургической помощи и ее последовательности, профилактики и лечения ранних и поздних осложнений. Цель – улучшить

оказание медицинской помощи пострадавшим с политравмой путем внедрения лечебно-диагностического алгоритма. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 27859 пострадавших после дорожно-транспортных происшествий, госпитализированных в травмоцентры Самарской области. Умерло 753 человека (2,7%), причем в первые 0-7 суток 463 (61,5%). В Региональный травмоцентр было госпитализировано 1041 (3,7%) пострадавших с политравмой и повреждением груди, умерло 83 (8%). Тяжесть повреждений у данной категории пострадавших оценивалась по шкале ISS. В 2016 году внедрен «Клинический протокол оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой на территории Самарской области», включающий современные принципы диагностики и лечения. Анализ лечения пострадавших с политравмой и повреждением груди был проведен с учетом применения Протокола независимо от доминирующей травмы и профильности отделения. Полученные результаты. За 2011-2015 годы госпитализировано 19222 человека, из них умерло 549 (2,9%), в том числе в первые 7 суток – 364 (66,3%). Пострадавших с политравмой и повреждением груди было 564 (2,9%), умерло 48 (8,5%). За данный период времени пострадавших с доминирующей черепно-мозговой травмой было 68 (12,1%) человек, умерло 18 (26,5%), опорно-двигательной системы – 204 (36,2%), умерло – 9 (4,4%), повреждением груди – 262 (46,5%), умерло 21 (8%), органов брюшной полости – 23 (4,1%), умерло – 3 (13%), прочие – 7 (1,2%), летальных исходов не было. За 2016 - 9 мес. 2018 годы пролечено 8637 человек, из них умерло 213 (2,7%), в том числе в первые 7 суток – 99 (46,5%). Пострадавших с политравмой и повреждением груди было 477 (5,5%), умерло 27 (5,7%). За данный период времени пострадавших с доминирующей черепно-мозговой травмой было 52 (10,9%) человек, умерло 10 (19,2%), опорно-двигательной системы – у 222 (46,5%), умерло – 5 (2,3%), повреждением груди – у 135 (28,3%), умерло 9 (6,7%), органов брюшной полости – 23 (4,8%), умерло – 5 (21,7%), прочие – у 45 (9,4%), умерло 3 (6,7%). В результате внедренного Протокола летальность уменьшилась на 2,8%. Заключение. Соблюдение Клинического протокола, позволяет улучшить результаты лечения пострадавших с политравмой и повреждением груди.

246. Целесообразность использования торговых названий лекарственных препаратов при назначении лечения на примере курса консервативной терапии при синдроме диабетической стопы

*Лукин П.С.(1), Заривчацкий М.Ф.(2),
Денисов С.А.(2), Блинов С.А.(2),
Фирсова Е.П.(1)*

Пермь

- 1) ГКДЭЦ ГБУЗ Пермского края "ГКП № 5"
- 2) ФГБОУ ВО "ПГМУ им. ак. Е. А. Вагнера"
Минздрава России

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) имеет три основные составляющие: диабетическая микромакроангиопатия, диабетическая полинейропатия и диабетическая остеоартропатия. Консервативная терапия СДС достаточно объемна и включает в себя применение генноинженерных инсулинов человека или аналогов инсулина человека; этиотропную антибактериальную терапию; прием дезагрегантов, вазодилататоров и антикоагулянтов; прием гиполипидемических средств; витамины группы «В»; ангиотропные препараты; прием препаратов тиоктовой кислоты, обладающих антиоксидантным действием, и хондропротекторов. Согласно пункту 3 Приказа № 1175 н Минздрава РФ от 20.12.2012 (ред. от 31.10.2017): «Назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию (МНН), а при его отсутствии - группировочному наименованию. В случае отсутствия МНН и группировочного наименования лекарственного препарата, лекарственный препарат назначается и выписывается медицинским работником по торговому наименованию». Часто, назначенные врачом лекарственные препараты заменяются в аптеках на аналоги или БАДы, что отрицательно отражается на результатах лечения и может привести к необратимым последствиям, особенно при терапии СД и его осложнений. Цель исследования. Проанализировать продажи в аптеках лекарственных препаратов, назначенных врачом по МНН, применяемых в терапии синдрома диабетической стопы. Материалы и методы. В

Городском консультативно-диагностическом эндокринологическом центре г. Перми, под нашим наблюдением в течение одного календарного месяца находилось 50 пациентов, обратившихся на первичный прием в кабинет профилактики и лечения диабетической стопы. Все пациенты разделены на две группы по 25 человек в каждой, трофических изменений нижних конечностей не имели. В основной группе лекарственные препараты назначались по МНН, а в группе сравнения по торговым названиям. Опираясь на наличие лекарственных препаратов на аптечном рынке и стандарты медицинской помощи пациентам, мы использовали свою разработанную схему консервативного лечения. Первый этап лечения начинали инъекционными формами ангиопротекторов и/или антикоагулянтов 10-15 в/м инъекций с одновременным приемом таблетированной формы хондроитина сульфата по 1 таблетке 2 р/день, курсом один месяц и веноτονика диосминовой группы по 1 таблетке в утренние часы, курсом 2 месяца. Вторым этапом или месяцем лечения был прием инъекционного хондроитина сульфата - 10 в/м инъекций через день с одновременным приемом таблетированных форм ангиопротекторов и/или антикоагулянтов, курсом месяц и продолжением приема веноτονика. Мы заранее предупреждали пациентов основной группы, оформив письменное согласие, чтобы они не покупали лекарственные препараты, предложенные в аптеках, а лишь фиксировали их названия и приходили на повторный прием для согласования назначенного лечения. Пациенты группы сравнения приходили на повторный прием после пройденного назначенного курса лечения. Результаты. В 19-ти (76%) случаях при назначении хондроитина сульфата, как в таблетированной так и в инъекционной форме, пациентам основной группы в аптеках были предложены БАДы или гомеопатические препараты, в девяти случаях (36%) с разными торговыми названиями. 12-ти пациентам в аптеке был изменен курс лечения и кратность приема препаратов, рекомендуя принимать препараты согласно инструкции. 4-х пациентов попросили уточнить у врача конкретное название препаратов, в 2-х случаях — сказали, что не знают такого препарата - «хондроитин сульфат» и потребовали торговое название. В группе сравнения, не смотря на торговое название препаратов, в 10-ти случаях пациентам заменили препараты на аналоги. Случаев замены на БАДы не было. При назначении веноотоников, в группе сравнения замены лекарственных препаратов были в 8-ми (32%) случаях на более дорогостоящие

лекарства. В основной группе 13-ти пациентам предложили препараты по акциям, которые проводились в аптеках. 7-ми пациентам предложены БАДы, 5-ти предложили несколько препаратов на выбор и попросили уточнить препарат у лечащего врача. При назначении ангиопротекторов и антикоагулянтов результаты исследования были следующими: в группе сравнения было 12 (48%) замен на аналоги; в основной группе в 4 случаях у пациентов уточняли для чего был выписан препарат и предложили препараты на основе экстрактов растений и витамин, в 6 случаях предложены зарегистрированные в России лекарственные препараты. 15-пациентам предложены множественные дженерики, и/или комбинированные препараты, гомеопатические препараты. Обсуждение. Таким образом исследование показало, что на аптечном рынке широко представлены БАДы и гомеопатические препараты большей частью сомнительного производства. В большинстве аптек заинтересованны в продажах, так как за результат лечения ответственности они не несут. В нескольких случаях выявлена низкая компетентность работников аптек. Данная сложившаяся ситуация неблагоприятно влияет на здоровья пациентов, хотя вышеуказанный законодательный акт направлен на улучшение благосостояния пациентов, их право выбора лекарственных препаратов. Исследование показало необходимость усовершенствование законодательства в фармацевтической деятельности и введение ответственности сотрудников аптек за продажу несоответствующих выписанным врачом лекарственных препаратов. Выводы. Назначение лекарственных препаратов по торговым наименованиям значительно снижают риски назначенной консервативной терапии и гарантируют пациенту получение качественной медицинской помощи, не снимая ответственности с медицинского работника.

247.Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны

*Леоненко С.Н., Влахов А.К., Селиванов А.В.,
Воронов А.Н.*

Симферополь

Клинический медицинский многопрофильный
центр Святителя Луки Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И.
Вернадского

Введение. В связи с совершенствованием диагностических методов в настоящее время отмечается увеличение числа больных с желчнокаменной болезнью и её осложнениями, опухолевыми поражениями желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ) являются одним из наиболее распространённых способов лечения обструктивной патологии гепатикохоледаха, которые позволяют получить лечебные результаты, превосходящие таковые при традиционных хирургических операциях. Однако общее количество осложнений ЭТПВ составляет от 7,7% до 19%, с летальностью до 2%. В связи с этим, сохраняют актуальность необходимость разработки оптимального комплекса мероприятий профилактики осложнений, применение специальных приёмов, улучшающих техническое исполнение ЭТПВ с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК),. Материал и методы. Проведен анализ 1966 вмешательств у больных (женщин 1455 (74%), мужчин 511 (26%) возрастом от 16 до 95 лет, проходивших лечение с 2000 по 2018 год. Механическая желтуха была у 989 (50,3%) больных. Уровень билирубинемии составлял 25,9-1422 мкмоль/л, продолжительность желтухи 2-45 суток. ЭТПВ выполняли дуоденоскопами "Olympus JF-1T20", "Olympus JF-1T40" с диаметрами инструментальных каналов 2,8-3,2 мм, с полным набором инструментов, под контролем рентгенкомплексов «Televis», «Toshiba Vision», «MOBILE C-ARM MCA-6200». Всем больным выполняли общеклинические обследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) гепатопанкреатобилиарной зоны. С целью диагностической верификации

проводили дуоденоскопии и эндоскопические ретроградные холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) – 1838. Лечебный спектр представлен следующими ЭТПВ: папиллосфинктеротомия с последующей холедохолитозэкстракцией или механической литотрипсией (МЛТ) – 1777 (90,3%), эндобилиарным дренированием – 36 (1,8%) и эндобилиарным стентированием – 25 (1,3%). Чрескожные чреспечёночные эхоконтролируемые холангиостомии (ЧЧЭХ) выполнены у 77 (3,9%) больных с высоким уровнем билирубинемии (более 240 мкмоль/л) или при неэффективности ЭТПВ. Результаты и обсуждение. У 128 (6,5%) лечебные ЭТПВ выполнить не удалось. Причинами неудач у этой группы больных явились: рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 62 (48,4%), глубокие парапапиллярные дивертикулы (ППД) – 26 (20,3%), отказ больного от вмешательства – 13 (10,1%), опухолевое поражение зоны БСДК – 12 (9,4%), технические причины, связанные с неисправностью аппаратуры – 7 (5,4%), резекция желудка в анамнезе – 5 (3,9%), выраженная перистальтика ДПК – 3 (2,3%). Ввиду неэффективности ЭТПВ 77 (3,9%) больным выполнены ЧЧЭХ. После ликвидации билиарной гипертензии, купирования холангита эта группа больных оперирована лапароскопическим или лапаротомным доступом. У 1838 (93,5%) больных ЭТПВ были эффективны. Лечебные ЭТПВ в один этап проведены 1535 (83,5%) больным, из которых у 134 (7%) папиллосфинктеротомии осуществлены атипично. В два этапа ЭТПВ выполнены у 211 (11,5%), трёхэтапные вмешательства потребовались 33 (1,8%) больным. Основными причинами этапных ЭТПВ были крупные или фиксированные конкременты в холедохе, труднодоступность БСДК вследствие расположения последнего в полости ППД, кровотечение из папиллотомного разреза, вклинение фрагментов конкрементов после МЛТ, необходимость повторных санаций желчных путей при холангите. Применяемая тактика позволила устранить имеющуюся патологию у 1779 (90,5%) больных. Осложнения после ЭТПВ возникли у 169 (9,2%) больных. Из них: транзиторная амилаземия – 77 (45,6%), кровотечение из папиллотомного разреза – 27 (16%), реактивный панкреатит – 26 (15,4%), гнойный холангит – 16 (9,5%), панкреонекроз – 13 (7,7%), вклинение корзины Дормиа с конкрементом в дистальном отделе холедоха – 8 (4,7%), перфорация ДПК – 1 (0,6%), перфорация холедоха – 1 (0,6%). Консервативными мероприятиями осложнения успешно устранены у 143 (84,6%) пациентов. 26 (15,4%) больным с осложнениями после ЭТПВ потребовались

дополнительные оперативные вмешательства. Летальный исход среди больных, подвергнутых ЭТПВ и дальнейшим хирургическим вмешательствам, наступил у 9 (0,48%). Причинами летальности были: гнойный холангит с прогрессирующей полиорганной недостаточностью – 6 (0,32%), панкреонекроз – 2 (0,1%), декомпенсация легочно-сердечной недостаточности на фоне холангиогенного сепсиса – 1 (0,05%). Заключение. ЭТПВ и ЧЧЭХ могут успешно применяться в качестве этапного и окончательного метода миниинвазивного лечения холедохолитиаза и обструктивных поражений гепатикохоледоха. Эффективность ЭТПВ составляет 93,5%. В 9,2% ЭТПВ могут сопровождаться развитием осложнений, в 0,48% – летальными исходами. С появлением магнитно-резонансной холангиопанкреатографии отпала необходимость в выполнении ЭРХПГ в трудных диагностических ситуациях, что существенно снижает вероятность развития осложнений ЭТПВ. Совершенствование техники выполнения ЭТПВ и методов профилактики осложнений этих вмешательств являются приоритетными направлениями в улучшении результатов хирургического лечения больных с холедохолитиазом и патологией дистального отдела общего желчного протока.

248. Лапароскопическая пластика грыж передней брюшной стенки

Леоненко С.Н., Воронов А.Н., Селиванов А.В.

Симферополь

Клинический медицинский многопрофильный центр Святителя Луки Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Введение: грыжи живота являются одной из наиболее часто встречающихся патологий в плановой абдоминальной хирургии, а хирургическое их лечение составляет 15-25% среди общего числа операций. За долгую историю лечения описываемой нозологии было разработано значительное число оперативных методик и еще

большее число их модификаций. Последние полвека с целью снижения частоты рецидива заболевания стали использоваться различные импланты и ненавязчивые способы устранения грыжевого дефекта, что позволило добиться поставленной задачи. Дальнейшее развитие герниологии было связано с внедрением и популяризацией эндовидеохирургических технологий, что позволило в 1977-1982 г.г. R. Ger экспериментально и клинически обосновать методику трансабдоминального лапароскопического доступа для герниопластики. Если ранее при эндовидеохирургической герниопластике использовались герниорафические способы закрытия грыжевых ворот, то в дальнейшем, по мере совершенствования хирургической техники и инструментария, хирурги перешли к имплантационным методам. В нашей работе мы хотели бы поделиться своими результатами лапароскопического лечения первичных грыж передней брюшной стенки. Материал и методы. В КММЦ Святителя Луки ФГАОУ ВО "КФУ имени В.И. Вернадского" лапароскопические герниопластики выполняются с 2011 года и по настоящее время. За этот период нами выполнена 31 операция по поводу первичных пупочных – 6, белой линии живота – 1 и 24 паховых грыж: у 24 мужчин и у 7 женщин. Сроки грыженосительства были от 3 месяцев до 8 лет. Возраст пациентов от 27 лет до 70 лет. Среди пупочных в 3 случаях грыжи были невосправляемы, причем в одном случае отмечались явления ущемления. Односторонних паховых грыж было: прямых-3, косых-10. Двусторонних прямых-3, косых-4. Комбинированных-4, причем в одном случае отмечено сочетание прямой двусторонней паховой грыжи и левосторонней бедренной. В 5 случаях паховые грыжи были невосправляемы. У 14 больных с косыми паховыми грыжами встречались липомы семенных канатиков. Длительность операции варьировала от 85 минут при односторонней паховой и, достигая 215 минут при двусторонней невосправимой паховой грыже. Пребывание в стационаре длилось от 2 до 8 суток. Всем пациентам операции выполнялись под общим обезболиванием с созданием давления газа в предбрюшинном пространстве 10 - 12 мм рт.ст. При паховой герниопластике (TEP и TAPP) использовались сетчатые эндопротезы размерами не менее 10x15 см. При пластике пупочных грыж использовали неадгезивные сетки размерами 10x15, 15x15 и 15x20 см, что определялось размерами грыжевого дефекта и наличием диафрагмы прямых мышц живота. Результаты и

обсуждение. Троякары, после предварительной инфильтрации точек введения местным анестетиком, устанавливали по стандартной методике после наложения пневмоперитонеума. Диссекцию брюшины для расположения сетчатого эндопротеза выполняли в полном объеме: при паховой грыже – в пределах пространств Борго и Ретциуса; при пупочной – отделяли срединную пупочную и круглую связки. Мобилизация круглой связки печени позволила в одном случае выявить дефект апоневроза белой линии живота на 5 см выше пупка, диаметром до 1 см с пролабированием через него предбрюшинной клетчатки. При выполнении TEP пространство в предбрюшинном пространстве формировали без баллонной диссекции. С накоплением опыта для паховых пластик стали использовать стандартные – менее эластичные полипропиленовые сетки, обладающие большим эффектом памяти формы. У 3 больных с пупочными грыжами размерами более 5 см выполняли ушивание грыжевых ворот отдельными интракорпоральными швами с прошиванием брюшины грыжевого мешка с целью ликвидации его полости, низведения и фиксации пупка. Сетчатые эндопротезы фиксировали герниостеплерами с рассасывающимися или нерассасывающимися фиксаторами. После извлечения троакаров раны снова инфильтрировали местным анестетиком, что позволяло в послеоперационном периоде снизить кратность, до 2 раз в сутки и длительность, до 36 часов, введения обезболивающих препаратов. Из осложнений в раннем послеоперационном периоде у 3-х пациентов с прямыми паховыми грыжами диагностирована серома в проекции медиальной паховой ямки, которая в ходе динамического наблюдения в течение одного месяца самостоятельно регрессировала и не потребовала каких-либо вмешательств. Ещё у одного пациента в течение 3-х месяцев отмечался умеренный болевой синдром в паховой области. Лучевые методы диагностики деформации и смещения сетки не выявили. Болевой синдром самостоятельно купировался. При наблюдении наших пациентов в течение 8-ми лет, рецидивов грыж, синдрома хронической паховой боли не выявлено, качество жизни хорошее. Заключение. В связи с ростом требований к качеству медицинской помощи стандартные, классические подходы к лечению грыж передней брюшной стенки постепенно снижают свою актуальность. Несмотря на техническую требовательность и затратность эндовидеохирургических методик, их роль в современной герниологии, в особенности при

первичных грыжах передней брюшной стенки, выходит на первый план. Мобилизация брюшины при этих методиках позволяет визуально оценить не только грыжевые ворота, но и все слабые места передней брюшной стенки, а также выполнить их превентивную пластику.

249.Антеградный доступ в лечении холангиолитиаза

*Марийко В.А., Малафеев И.В.,
Кахорова А.Ш., Аминова К.О.*

Тула

Тульский государственный университет,
медицинский институт.

Улучшение результатов лечения холангиолитиаза путем использования малоинвазивных операций является актуальным. Антеградный чрескожный чреспеченочный доступ позволяет не только выполнить декомпрессию билиарного тракта, но и устранить холангиолитиаз. Цель исследования - оценка перспектив использования антеградного доступа в лечении холангиолитиаза, на основании полученных результатов. Проведен анализ лечения 82 больных в хирургическом отделении ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница" по поводу ЖКБ, холангиолитиаза в 2017г. Больные были разделены на три группы: в 1 группе (n=60) использовали ретроградный эндоскопический метод лечения, во 2 группе (n=15) выполнялась холангиолитотомия из лапаротомного доступа и в 3 группе (n=7) применен антеградный рентгеноинтервенционный метод хирургического лечения. Сравнимые группы сопоставимы по половому и возрастному составу. Синдром механической желтухи имелся среди пациентов 1 группы у 58,3%, 2 группы - 40% и в 3 группе у всех пациентов имелась механическая желтуха. В 1 группе - послеоперационный панкреатит имелся у 10%, кровотечение из зоны ЭПСТ - 6,7%, перфорация двенадцатиперстной кишки 1,7%, послеоперационная летальность составила 1,7%. Во 2 группе послеоперационные осложнения имелись у 26,7% и послеоперационная летальность

составила 6,7%. Из 7 больных 3 группы послеоперационный панкреатит имелся у 3 и у 1 пациента имелось кровотечение из места дилатации большого дуоденального сосочка, которое привело к летальному исходу. Причинами выбора антеградного метода лечения холангиолитиаза являлись: дивертикул зоны большого дуоденального сосочка, стриктура терминального отдела холедоха и резекция желудка в анамнезе. Таким образом, эндоскопические ретроградные операции остаются операциями выбора при данной патологии, однако, у части больных применение этого метода не представляется возможным из-за перенесенных ранее операций, а также анатомических особенностей. В этих случаях выполняются лапаротомные операции, которые травматичны и не всегда выполнимы из-за наличия сопутствующей патологии. Альтернативой лапаротомным операциям является антеградный рентгеноинтервенционный метод лечения холангиолитиаза. Необходимо дальнейшее накопление клинического опыта.

250.Патогистологические аспекты билиарного рефлюкса после мини-гастрошунтирования

*Хитарьян А.Г. (1,2), Межунц А.В.(1,2),
Старжинская О.Б.(1), Орехов А.А.(1,2)*

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
- 2) НУЗ "ДКБ на станции Ростов-Главный"
ОАО "РЖД"

Операция мини-гастрошунтирование (МГШ) представляет собой модификацию гастроеюношунтирования, предложенного Мейсоном, но с более длинной культей желудка, сформированной на малой кривизне, а также наложением гастроэнтероанастомоза по типу бок-в-бок с тонкой кишкой, выполненным на расстоянии порядка 200 см от связки Трейца. Считается, что МГШ является лучшей альтернативой гастроеюношунтирования по Ру (RYGB) из-за меньшей длительности оперативного времени и

меньшего количества возможных осложнений. Однако, несмотря на эти преимущества, по-прежнему сохраняются опасения относительно высокого риска хронического или симптоматического желчного рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита и, следовательно, рака желудка и/или рака пищевода. Целью настоящего исследования было определение билиарного рефлюкса у пациентов, перенесших операцию мини-гастрошунтирования с созданием относительно короткой культи желудка, с наложением ручного гастроэнтероанастомоза, и классического метода мини-гастрошунтирования, с наложением линейного аппаратного гастроэнтероанастомоза. Материалы и методы. Данное ретроспективно-проспективное когортное исследование включало результаты лечения 122 пациентов, страдающих ожирением, которым была выполнена лапароскопическая операция мини-гастрошунтирование. Больные были разделены на две клинические группы в зависимости от метода наложения гастроэнтероанастомоза. В послеоперационном периоде оценивали возможность развития билиарного рефлюкса, возникновения язв области гастроэнтероанастомоза с помощью фиброгастроскопии с биопсией слизистой культи желудка, микроскопии биопсийных материалов. Микроскопию биоптатов проводил патологоанатом, который не имел представления о клинических данных пациентов и оценивал каждый образец ткани желудка в соответствии с системой определения индекса билиарного рефлюкса (BRI). Результаты. При фиброгастроскопии в 9 (15,5%) случаях в исследуемой группе и в 16 (26,6%) случаях в контрольной группе был диагностирован билиарный рефлюкс. В исследуемой группе пациентов индекс билиарного рефлюкса (BRI) >14 был определен у 8 пациентов (13,793%). В контрольной группе пациентов BRI>14 был у 14 исследуемых (21,875%). Разница достоверна ($p<0,05$). Обсуждение. При анализе частоты встречаемости эндоскопических признаков билиарного рефлюкса в сроки от 9 до 12 месяцев после операции мы не получили достоверных различий в частоте встречаемости язв гастроэнтеранастомоза, вместе с тем, статистически доказана меньшая частота эндоскопических признаков билиарного рефлюкса и явлений анастомозитов, что в данной выборке указывает на эффективность предлагаемой антирефлюксной защиты. Вместе с тем, для объективной оценки выраженности гастрита и билиарного рефлюкса эндоскопических критериев недостаточно. Поэтому

нами был применен метод более углубленного изучения билиарного рефлюкса путём гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка и области гастроэнтероанастомоза и определения индекса билиарного рефлюкса (BRI). Результаты этих исследований показали статистически значимую высокую эффективность модифицированной методики выполнения мини-гастрошунтирования в предотвращении заброса билиопанкреатического содержимого и связанных с ним осложнений. Выводы: • Определение индекса BRI у пациентов, перенесших операцию мини-гастрошунтирования, может применяться в качестве скринингового метода диагностики билиарного рефлюкса с целью предупреждения и выработки тактики дальнейшего ведения пациентов из группы риска по развитию осложнений, связанных токсическим воздействием агрессивного билиопанкреатического секрета на слизистую оболочку желудка и пищевода. • Предлагаемая модифицированная методика мини-гастрошунтирования может быть операцией выбора в хирургическом лечении ожирения и метаболического синдрома.

251. Полирезистентные микроорганизмы и заживление послеоперационных ран у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы в амбулаторной практике.

Земляной А.Б.?, Зеленина Т.А.?, Шнейдер О.В.?

Москва, Санкт-Петербург

? ФКГУЗ Главный клинический госпиталь
МВД России

? ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им.
С. М. Кирова" МО России, Санкт-Петербург,
Российская Федерация;

?ФГБУ "РНИИ травматологии и ортопедии
им. Р. Р. Вредена" Минздрава России,
Санкт-Петербург,

Цель исследования: оценить влияние полирезистентных микроорганизмов на процесс заживления послеоперационных ран у больных с гнойно-некротическими формами синдрома

диабетической стопы после выписки из хирургического стационара. Материалы и методы. В исследование включено 102 больных (56 мужчин и 46 женщин) с послеоперационными ранами, выписанных из хирургического стационара (СПб ГБУЗ ГБ № 14) после оперативного лечения по поводу гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы. Возраст пациентов $58,6 \pm 1,06$ лет, длительность сахарного диабета $11,5 \pm 1,02$ лет, впервые выявленный сахарный диабет установлен в 7 случаях. На момент включения в исследование время после выписки из стационара составило $11,9 \pm 2,33$ недель. Проведены комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование, лечение послеоперационных ран по международным стандартам. В случаях клинических признаков воспаления выполнялась биопсия послеоперационных ран с последующим определением видового состава возбудителей и чувствительности к антибактериальным препаратам. Период наблюдения составил 54 недели. Результаты. Нейтропатическая форма синдрома диабетической стопы диагностирована в 88 случаях (86,3%), нейроишемическая в 14 (13,7%). 44 больным (43,1%) в стационаре выполнены ампутации на уровне стопы, в 58 случаях (56,9%) - вскрытие гнойного очага, некрэктомия. Площадь послеоперационных ран на момент включения в исследование составила $13,8 \pm 1,80$ см². В 57 случаях имелись клинические признаки воспаления легкой/умеренной степени выраженности (PEDIS 1-2). Остеомиелит выявлен у 19 (18,6%) больных. В 41 случаях было выполнено микробиологическое исследование материала послеоперационных ран. Возбудителями инфекционного процесса явились ассоциации от 2 до 4 аэробных микроорганизмов, при этом ведущее значение имели грамм-положительные кокки. *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus faecalis* были определены в 32 (78%) и 12 (29,3%) посевах соответственно. В 53% случаев *Staphylococcus aureus* был резистентен к оксациллину, *Enterococcus faecalis* чувствителен к большинству антибактериальных препаратов, резистентен к ципрофлоксацину в 45%. Затем по частоте встречаемости следовали грамм-отрицательные палочки: *Acinetobacter baumannii* в 10 посевах (24,4%), резистентная к пенициллинам и фторхинолонам в 90%, к аминогликозидам в 75% случаев; *Proteus mirabilis* в 7 посевах (17,0%), нечувствительный к пенициллинам и фторхинолонам в 86%, к аминогликозидам в 71% случаев; *Pseudomonas aeruginosa* в 10 образцах (24,4%), полирезистентные штаммы в 75%. Всего полирезистентные микроорганизмы выявлены в 27

(66%) посевах, в том числе во всех случаях остеомиелита. У всех больных с полирезистентными возбудителями в анамнезе имели место неоднократные оперативные вмешательства на стопах, исходная площадь послеоперационных ран была больше ($24,8 \pm 6,75$ см² и $12,5 \pm 2,79$ см² соответственно, $p = 0,004$), как и длительность существования до обращения за специализированной помощью ($17,6 \pm 3,84$ и $4,6 \pm 1,36$ недель соответственно, $p = 0,0003$). Наличие инфекционного процесса удлиняло сроки заживления послеоперационных ран ($18,7 \pm 4,87$ в случаях полирезистентных возбудителей и $7,4 \pm 1,41$ недель при отсутствии клинических признаков инфекции; $p = 0,002$). Через 54 недели лечения зажили все раны, кроме 14-ти с признаками остеомиелита. В 3х случаях выполнены повторные операции на стопе, 1 пациентка умерла по причине острой сердечнососудистой патологии. Выводы. Полирезистентные возбудители значительно ухудшают прогноз заживления послеоперационных ран у больных с синдромом диабетической стопы в амбулаторной практике. Наличие полирезистентных микроорганизмов следует ожидать во всех случаях неоднократных оперативных вмешательств на стопе в анамнезе, клинических признаках остеомиелита, площади послеоперационной раны > 16 см² и длительности существования > 9 недель.

252. Выбор способа хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2),
Багателья З.А. (1,2), Греков Д.Н. (1,2),
Шиков Д.В. (2), Коржева И.Ю. (1,2),
Эминов М.З. (1,2)

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ.
- 2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина».

В последние годы стали активно внедряться видеолaparоскопические методы лечения перфоративных язв желудка и ДПК, и количество таких операций в отдельных клиниках колеблется от 46% до 92%. Основным видом хирургического вмешательства при использовании видеолaparоскопических технологий является ушивание перфоративной язвы. Однако, в литературе имеются противоречивые взгляды и отсутствуют четкие критерии к применению данных технологий. При определении показаний и противопоказаний к выполнению лапароскопического вмешательства все чаще используется прогностическая шкала Воеу, что характеризуется высоким уровнем достоверности прогноза (93,8%). Она состоит из 3 факторов риска, каждый из которых оценивается в 1 балл: гемодинамическая нестабильность при поступлении (систолическое АД менее 100 мм. рт. ст.), поздняя госпитализации (свыше 24 ч.), наличие сопутствующих заболеваний (ASA ? 3). При наличии 2 факторов, Европейское общество эндоскопических хирургов (EAES) не рекомендует использовать попытки лапароскопического лечения у этих больных, а предлагает сразу выполнять операцию из открытого доступа. Цель исследования: Оптимизация выбора способа оперативного вмешательства и улучшение результатов хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и ДПК с использованием прогностической шкалы Воеу. Материал и методы исследования Проведен анализ 145 больных с ПЯ желудка и ДПК, оперированных в ГКБ им. С.П. Боткина за период с 2015 по 2018 год, у которых было выполнено ушивание ПЯ. Мужчин было 117 (80,6%), а женщин – 28 (19,4%). Средний

возраст больных составил 51,7±11,4 лет. ПЯ желудка имела место у 56(38,6%), а луковицы ДПК - у 89 (61,4%) больных. Местный перитонит наблюдался у 32 (22,1%), распространенный перитонит – у 75 (51,7%), а разлитой перитонит – у 38 (26,2%) больных. По шкале Воеу 0-1 балла имело место у 92 (63,4%) больных. У всех этих больных применялась попытка видеолaparоскопического вмешательства. Окончательное решение о технической возможности ушивания ПЯ лапароскопическим способом принималось после выполнения интраоперационной эзофагогастродуоденоскопии, при которой четко оценивались размеры перфоративного отверстия, периульцерозные изменения, наличие зеркальных и пенетрирующих язв, сочетание перфорации с кровотечением. Тяжесть состояния 2-3 балла по шкале Воеу имело место у 53 (36,6%) больных. В данной группе больных оперативное вмешательство выполнено из лапаротомного доступа. Результаты лечения Осложнения после видеолaparоскопического ушивания ПЯ наблюдались у 5 (5,4%) больных: I степень - у 3 (3,2%); IIIa степень – у 1 (1,1%); IIIб степень - у 1 (1,1%) больного по классификации Clavien-Dindo (1992). При нагноении ран и воспалительных инфильтратах применялась антибактериальная терапия и местное лечение. У больного с абсцессом подпеченочного пространства выполнялось чрезкожное дренирование жидкостного скопления под контролем ультразвука с положительным эффектом. У 1 больного на 3 сутки диагностирована несостоятельность швов. Выполнена релапаротомия, ушивание несостоятельности с последующими программными санационными релапаротомиями (2). Осложнения V группы – летальных исходов в данной группе больных не было. Послеоперационный койко-день составил 4,1±1,7 сут. У 7 пациентов не удалось технически выполнить операцию лапароскопическим способом в связи с выраженной воспалительной инфильтрацией и деформацией пилородуоденальной зоны, что послужило показанием к выполнению лапаротомии. Осложнения после лапаротомного ушивания ПЯ наблюдались у 12 (22,6%) больных: I степень - у 7 (13,2%); IIIб степень – у 2 (3,7%) больных. При нагноении ран и воспалительных инфильтратах (7) применялась антибактериальная терапия и местное лечение. Послеоперационная пневмония (2) на фоне антибактериальной терапии разрешилась. У 1 больного на 7-е сутки произошла подкожная экзентрация. Выполнено оперативное вмешательство - ушивание экзентрации. У 1

больного на 4 сутки диагностирована несостоятельность швов ушитой язвы. Выполнена релапаротомия, ушивание несостоятельности с последующими программными санационными релапаротомиями (3). Осложнения V степени – летальных исходов в данной группе больных имело место в 4(7,5%) случаях. Данные пациенты были пожилого возраста с тяжелой сопутствующей соматической патологией, поступили в клинику поздние сроки заболевания (>24 ч) с клинической картиной тяжелого сепсиса и полиорганной недостаточности на фоне разлитого перитонита. Послеоперационный койко-день в данной группе больных составил $8,7 \pm 2,5$ сут. Общая летальность составила 2,8%. Заключение: Использование прогностической шкалы Воеу позволяет обосновать оптимальный способ оперативного вмешательства и улучшить результаты хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и ДПК.

253. Первый опыт робот – ассистированной фундопликации у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2),
Греков Д.Н. (1,2), Бабаев И.Б. (2),
Кузьменко А.А. (2)

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ.
- 2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина».

Актуальность: С самого начала внедрения роботических технологий в абдоминальной хирургии, хирургия верхних отделов желудочно – кишечного тракта стала одной из наиболее перспективных областей применения. Одним из самых частых вмешательств в данной зоне, с использованием робота, стала крурорафия с фундопликацией по Ниссену, при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). С момента выполнения первой лапароскопической

операции Ниссена, проф. Даллеманом в 1991 году, она стала считаться золотым стандартом. Но лапароскопическая техника имеет ряд технических недостатков, в основном связанных с недостаточным позиционированием инструментов в различных плоскостях при мобилизации пищевода. Этот недостаток нивелируется при использовании роботических технологий. Первая роботическая фундопликация была выполнена в мае 1998 г., в Брюсселе и показала перспективность использования данной технологии. Цель: Улучшить результаты лечения больных с ГПОД, путем использования роботических технологий. Материалы и методы: С 2018 года, в ГКБ им. С.П. Боткина, робот – ассистированные операции по поводу ГПОД проведены 5 пациентам. Мужчин -3, женщин -2. Возраст от 47 до 72 лет. Из 5 оперированных трое страдали ожирением 2 степени. У двух пациентов ранее были выполнены операции на органах брюшной полости (аппендэктомия в обоих случаях). У всех пациентов имелась ГПОД 3 типа, имелся дистальный рефлюкс – эзофагит. У одного пациента было более трех сопутствующих заболеваний в анамнезе. Во всех случаях выполнялась задняя крурорафия, с формированием манжеты на 360 градусов вокруг пищевода по типу Floppy Nissen, без фиксации к диафрагме. Длина манжеты около 3-х см. Грыжевой мешок у всех пациентов иссекался. У одного больного выполнена конверсия на лапароскопический доступ. Все пациенты первые сутки послеоперационного периода находились в отделении реанимации, с питанием через назогастральный зонд, который удалялся на 2-е сутки. На 2-е и 5-е сутки послеоперационного периода выполнялась рентгеноскопия пищевода и желудка, на которой отмечалось полное восстановление анатомического взаимоотношения органов брюшной полости и грудной клетки. Средний послеоперационный койко – день составил 4,3 суток. Среднее время операции составило $284,3 \pm 15,2$ минуты. Результаты: Летальных исходов не было. Интраоперационных осложнений не отмечалось. Одна конверсия. В ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечено исчезновение изжоги, отрыжки. Ранее возникающие боли не рецидивировали. Выводы: Таким образом, несмотря на малое количество наблюдений, робот-ассистированная фундопликация является эффективным методом и по нашему мнению имеет явные преимущества перед лапароскопической методикой, которые заключаются в больших технических возможностях при мобилизации

пищевода и грыжевого мешка, лучшей визуализацией операционного поля и позиционированием рабочих инструментов в плоскостях, а также значительным удобством, в виде отсутствия долгой статической нагрузки на оперирующего хирурга. Накопление опыта и оценка отдаленных результатов позволит более тщательно оценить роботические технологии в лечении ГПОД.

254. Опыт применения малоинвазивных хирургических технологий в диагностике и лечении хирургической патологии брюшной полости

*Григорьев А. Г., Глебов В.Ю., Тарасенко В.С.,
Магомедов А.Р., Шеина Е.А., Кацюба Д.С.,
Хатамов Х.Ф., Миненко К.С*

Оренбург

ГБУЗ ГКБ №1 г. Оренбурга, ОРГМУ- кафедра
госпитальной хирургии, урологии

Внедрение видеоэндоскопических и миниинвазивных технологий в хирургии позволяет уменьшить многие негативные факторы открытых операций, особенно на органах брюшной полости, таким образом можно уменьшить опасность послеоперационных осложнений, снять болевой синдром. Материалы и методы: проведен анализ больных, находившихся на лечении в ГБУЗ «ГКБ №1». - 20 пациентов с ретенционными и паразитарными эхинококковыми кистами (выполнялась лапароскопическая атипичная резекция сегментов печени с эхинококковыми и ретенционными кистами) - 10 больных с грыжами пищевода отверстия диафрагмы (всем им выполнялась лапароскопическая крурорафия с фундопликацией по Ниссену). - 15 пациентов с приобретенными вправимыми паховыми грыжами (грыжесечения паховых грыж с пластикой грыжевых ворот проленновой сеткой с использованием видеоэндоскопических технологий). Результаты исследования больных с ретенционными и паразитарными эхинококковыми кистами: в наблюдаемой группе было 20 человек. У всех диагноз был подтвержден клинико-лабораторно

(ИФА) и инструментально (УЗИ, МРТ). Кисты печени преимущественно локализовались в VI, VII, VIII, IX сегментах. Данный метод позволил произвести эффективное оперативное лечение у пациентов с ретенционными и эхинококковыми кистами печени. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7 койко-дней. Все пациенты находились под наблюдением амбулаторно и 1 раз в пол года проходили УЗИ-контроль. Результаты исследования больных с ГПОД: в наблюдаемой группе было 10 человек, 5 мужчин, 7 женщин. Возраст пациентов составил от 32 до 60 лет. У всех диагноз был подтвержден при помощи ФЭГДС, рентгеноскопией желудка. Данный метод позволил провести эффективное оперативное лечение у пациентов с аксиальными грыжами пищевода отверстия диафрагмы. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7 койко-дня. Послеоперационных осложнений и не наблюдалось. Результаты исследования с паховыми грыжами: в наблюдаемой группе было 15 человек, все - мужчины. Возраст пациентов составил от 22 до 65 лет. У всех больных были прямые паховые грыжи. Данный метод позволил эффективно произвести грыжесечение у пациентов с прямыми паховыми грыжами. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3-4 койко-дня. Выводы: 1. Наименьшая травматичность, что проявляется в виде снижения послеоперационных болей, быстрого (1 – 2 сут) восстановления физиологических функций. 2. Госпитальный период требуют лишь 2 – 3 дневного нахождения в хирургическом стационаре. 3. Снижение срока утраты трудоспособности в 2 – 5 раз. 4. Косметический эффект. 5. Экономическая эффективность.

255. Эхинококкоз печени, осложненный прорывом в желчевыводящие пути. Клинический случай

*Григорьев А.Г., Глебов В.Ю., Тарасенко В.С.,
Магомедов А.Р., Шеина Е.А., Хатамов Х.Ф.,
Миненко К.С.*

Оренбург

ГБУЗ ГКБ №1, ОРГМУ - кафедра госпитальной
хирургии

Лечение осложненных форм эхинококкоза печени остаются чрезвычайно актуальной проблемой, которая требует переосмысления тактики лечения с учетом внедрения в практику новых методов лечения, таких как эндоскопические и лапароскопические технологии. Цель работы – проанализировать отдельный клинический случай течения осложненного эхинококкоза печени для улучшения результатов лечения путем усовершенствования тактического подхода к комплексной диагностике и лечению. Метод и материалы: Пациент А., 28 лет, поступил в экстренном порядке через сутки от начала заболевания, с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту. Из анамнеза заболевания – болен в течение месяца до момента поступления, когда отметил пожелтение кожного покрова, склер. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень осмотрена полностью, правая доля – 156 мм, левая доля – 75 мм, контуры неровные, структура паренхимы: эхогенность повышена, диффузно неоднородная, внутривенные протоки расширены умеренно, левой доли до 7 мм; стенки протоков уплотнены, в протоках единичные гиперэхогенные включения, в левой доле определяется объемное образование 51х53 мм, с неоднородной структурой за счет включений пониженной и повышенной эхогенности, просматривается гиперэхогенная капсула до 3-4 мм, при ЦДК кровотоков в области образования не просматривается. Холедох расширен, 11-12 мм, просвет холедоха неоднородный за счет структуры смешанной эхогенности без акустической тени (замаскированная желчь) – очаговое образование левой доли, Холангит. Холедохолитиаз. По данным биохимического анализа крови – уровень общего билирубина 127.9 мкмоль/л за счет фракции прямого билирубина – 88.3 мкмоль/л. Решено выполнить МРТ органов брюшной полости – в III сегменте печени определяется овальной формы образование 57х43 мм с четкими и неровными

контурами, ограниченной капсулой;. Показано выполнение ЭРХПГ с ПСТ. При выполнении ЭРХПГ и ПСТ найден БДС, последний до 1.5 см в диаметре грибовидной формы, устье до 0.2 см в диаметре, при введении контраста сброс в ДПК; произведено рассечение БДС на 1.0 см на 11 часах – поступает мутное белое содержимое с остатками хитиновой оболочки и застойная черная желчь с хлопьями, холедох промыт физиологическим раствором, произведена ревизия корзиной Дормиа – сброс желчи активный, манипуляции прекращены – опорожнившаяся эхинококковая киста левой доли печени во внутривенные протоки. После проведенной манипуляции уровень билирубина снизился – общий билирубин – 65.1 мкмоль/л, прямой – 45.9 мкмоль/л. На фоне проведенного лечения – боль в животе купирована, явления желтухи разрешаются. Выполнена лапароскопическая атипичная резекция II-III сегментов печени с эхинококковой кистой – “идеальная” эхинококкэктомия. В послеоперационном периоде получал инфузионную, антибактериальную терапию, анальгетики. Выписан в удовлетворительном состоянии. Заключение: наиболее опасным осложнением эхинококкоза печени является прорыв нагноившихся кист в сегментарные желчные протоки с развитием гнойного холангита и выраженным явлением холестаза. Ретроградные эндобилиарные вмешательства являются не только высокоспецифичными диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево. Это позволяет уменьшить риск осложнений при последующих открытых операциях.

256.Технология ускоренной реабилитации в отделении плановой хирургии городской многопрофильной больницы

*Уханов А.П., Захаров Д.В., Леонов А.И.,
Амбарцумян В.М.*

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения больных на основе использования технологии ускоренной реабилитации. Материалы и методы: Современная тенденция работы планового хирургического стационара включала в себя внедрение полного амбулаторного обследования больного, операции в день поступления, либо на следующие сутки после госпитализации, активное послеоперационное ведения больного по принципу технологии ускоренной реабилитации, что позволяет улучшить течение раннего послеоперационного периода, уменьшить болевой синдром, снизить риск пареза кишечника, сократить сроки нахождения в стационаре. В отделении плановой хирургии ГБУЗ «Центральная городская клиническая больница» за двухлетний период времени оперировано 938 больных, том числе 231 с желчнокаменной болезнью, 501 с грыжами брюшной стенки и 206 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей. Из общего количества больных у 758 (80,8 %) пациентов использовалась технология ускоренной реабилитации. Всем больным с желчнокаменной болезнью выполнялась лапароскопическая холецистэктомия, при выполнении операция грыжесечения применялись ненатяжные методы герниопластики, в том числе у 30 % больных с паховыми грыжами осуществляли лапароскопическую коррекцию. Флебэктомия проводилась по типу кроссэктомии, стриппинга большой или малой подкожной вены и иссечения варикозно расширенных коллатералей миникрючком флеботомом. Результаты: Послеоперационных осложнений не было. Больных отпускали домой на 2-3 сутки после операции с рекомендациями явиться в стационар для снятия швов и получения выписки на 7-8 сутки после операции. Такой подход был обусловлен необходимостью соблюдения требований страховой компании и получения законченного клинического случая. Заключение: Комплексное применение описанных принципов позволяет

добиться хороших результатов у пациентов с различной хирургической патологией и следует более широко применяться в практике работы хирургических стационаров.

257.Ретроспективная оценка причин неблагоприятного исхода при язвенном желудочно-кишечном кровотечении

Генрих С.Р. (1,2), Дурлештер В.М. (1,2),
Калачев А.Г. (2) Дряева Л.Г. (2), Бухтояров А.Ю. (2),
Попандопуло К.И. (1), Арутюнов О.Р. (2).

Краснодар

1) Кубанский ГМУ,
2) ГБУЗ "ККБ №2"

Многолетнее противостояние постоянно обновляющейся технологии диагностики и лечения пациентов с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями и остающейся стабильной частотой неудач мотивирует поиск новых путей решения этой проблемы. Оценочные и прогностические шкалы, соизмеренные рекомендации, успехи в развитии фармакотерапии и эндоскопического метода к сожалению, не гарантируют стопроцентный положительный результат. Субъективность оценки врача, не информированность пациента о возможных проявлениях этого осложнения по своим последствиям могут быть также причислены к факторам риска неблагоприятного прогноза. Материал и методы: за трёхлетний период (2016-2018) проанализированы все случаи (11) неэффективного лечения пациентов с последствиями желудочно-кишечного кровотечения не варикозной природы. Клиника является специализированным учреждением и располагает широким арсеналом современных эндоскопических, эндоваскулярных и хирургических способов гемостаза. Общая летальность в группе ЖКК за исследуемый период составила 7,85%. При анализе медицинских карт 11 умерших для оценки факторов риска неблагоприятного развития осложнения использовалась модифицированная шкала Glasgow-Blatchford и AIMS- 65. Полученные результаты.

Максимальное заполнение шкалы AIMS-65 (прогноз летального исхода) было у 3 умерших, у 5 пациентов -4 балла, и у остальных четверых 3 балла. При сопоставлении с оценкой по шкале GBS (прогноз повторного кровотечения) у 8 пациентов с максимальным риском средний бал составил 13,5, у троих с высоким риском неблагоприятного исхода - 12,3 балла. У 7 пациентов при поступлении и у 2 при рецидиве кровотечения в стационаре отмечен положительный шоковый индекс. Первичная эндоскопическая диагностика не выявила «активного» кровотечения: у 3 поступивших источник кровотечения оценен как FIIA, у 4 - FIIB, и четырежды- FIIC. Первичный осмотр был не информативен в 3 случаях. 8 умерших имели прогностически значимые сопутствующие заболевания: мезентериальный сегментарный тромбоз, ТЭЛА, висцеральный туберкулез, рак легкого, ДВС-синдром, дважды ОПН и цирроз печени. Однократно при рецидиве кровотечения применена эмболизация гастродуоденальной артерии. Хирургическое лечение в объеме дуоденопластики применялось дважды. Обсуждение. Несомненным преимуществом использования этих шкал является учет только объективных критериев и доступность их оценки в учреждениях различного уровня. С другой стороны уменьшенное количество критериев оценки состояния не позволяет конкретизировать непосредственные факторы повлиявшие на летальный исход. Развитие постгеморрагического шока (7) ограничивает алгоритм диагностики лабораторно-инструментальными методами и на этапе предварительных заключений возможны ошибки в определении ведущего синдрома. В исследуемой группе пациентам под масками ИБС и ОНМК избрана неверная тактика, а это дополнительные потери времени. В до суточный период умерли 3 пациента. Нами отмечена низкая прогностическая значимость визуальной оценки кровотечения. Так у 4 умерших «не активное» кровотечения проявилось неожиданным фатальным рецидивом. Применение эндоваскулярной окклюзии гастродуоденальной артерии было не оправдано. Дважды после неэффективного применения малотравматичных способов гемостаза выполнены операции в объеме иссечения язвы. Выводы и рекомендации: Выявление высокого риска неблагоприятного течения заболевания предполагает особое отношение к деталям диагностики и лечения: исследование должно выполняться специалистом с большим опытом и в присутствии координатора, способного избрать гарантированный способ

гемостаза, исключающий рецидив. Важным для прогноза является скорость стабилизации гемодинамики, возмещения кровопотери и стабилизации сопутствующих заболеваний.

258.Рентгенэндоваскулярная окклюзия при желудочно-кишечных кровотечениях различной этиологии

*Бухтояров А. Ю., Дурлештер В. М.,
Никитин С. П., Лясковский К. О.,
Оганесян О. А., Чехов С. В.*

Краснодар

Краевая клиническая больница 2

Артериальное и венозное кровотечение в просвет полого органа или брюшную полость при аррозивном повреждении сосуда осложняет течение многих заболеваний в абдоминальной хирургии. Эндоскопическая визуализация при внутрисполостном кровотечении у 29–45% пациентов не позволяет верифицировать источник кровотечения, а эффективность эндоскопического гемостаза достигает 80%. В нашем сообщении проанализированы лечебно-диагностические возможности этого «резервного» метода – ангиографии с последующей селективной окклюзией «причинного» сосуда при артериальных кровотечениях и рентгенэндоваскулярные лечебные вмешательства при портальной гипертензии в венозной системе желудочно-кишечного тракта, а именно: транспеченочное порто-системного шунтирование (ТИПС) и чрезкожная транспеченочная эмболизация желудочных вен. Материал и методы. За период с 2014 по 2018 г в клинике было произведено 100 лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств у 96 пациентов (45 женщин и 51 мужчина) в возрасте от 25 до 78 лет (47±20 лет). Выделены две группы пациентов: с артериальным источником кровотечения 47 (49%) пациентов с различной патологией: рак желудка у 16 (34%), панкреонекроз у 10 (21,3%), рак поджелудочной железы у 7 (14,9%) пациентов, гастродуоденальная язва у 6 (12,8%) пациентов, запущенный рак прямой кишки у 4

(8,5%), ятрогенные повреждения висцеральных органов у 3-х разных пациентов (6,4%), спонтанный подкапсульный разрыв печени у 1 (2,1%) и венозные у 49 (51%) пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени. «Причинными» сосудами при артериальных кровотечениях явились ветви левой желудочной артерии у 15 пациентов, в 7 – ветви желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 5 – печеночной артерии, в 3-х ветви почечной артерии, в 8 случаях ветви верхней и нижней брыжеечных артерий, в 9 случаях дефекты селезеночной артерии явились источником кровотечения. При синдроме портальной гипертензии в 40 случаях была выполнена операция ТИПС и в 9 случаях транспеченочная эмболизация вен желудка. Результаты и обсуждение. В нашем распоряжении было 5 разновидностей материала для эмболизации артерий. Гранулы «PVA» размерами от 335 до 1400 мкм были применены у 4 (8,5%) пациентов; у 15 (32%) – эмбосферы «Embosphere Medical» размерами от 300 до 900 мкм, у 6 (12,8%) пациентов возникла необходимость в комбинации гранул и эмбосфер размерами от 500 до 700 мкм. У 12 пациентов (25,5%) для повышения эффективности эмболизации мы комбинировали микросферы «BioSphere Medical» 500–700 мкм со спиралями «Circus» и «MReye» диаметром от 3 до 6 мм как 0.018, так 0.035. У 9 (19,1%) пациентов были использованы только спирали «Circus» и «MReye» диаметром от 3 до 7 мм. У 1 (2,1%) пациента был использован стент-графт «Aneugraft» 4.0x18 мм. Для рентгенэндоваскулярной окклюзии вен применялись спирали 0.035 «COOK» и «Circus» диаметром от 7 до 20 мм. Средняя длительность процедуры составила 60±30 мин. При артериальных окклюзиях применяли доступ через артерии верхних конечностей у 45 (96%) пациентов, и только у 2 (4%) приходилось катетеризировать «причинные» сосуды трансфemorально. При венозных окклюзиях во время операции ТИПС трансъаремно через ТИПС одномоментно были окклюзированы вены у 15 (38%) пациентов, а у 9 (18,3%) выполнялась транспеченочная пункция воротной вены. Ранний рецидив кровотечения отмечен у пациентки после эмболизации селезеночной артерии, что потребовало открытого оперативного вмешательства с пластикой дефекта артерии. Несмотря на выполненный гемостаз, прогноз у 9 пациентов был неблагоприятным. Выводы: 1. Инвазивность и затратность метода рентгенэндоваскулярного лечения ограничивают его широкое использование в остановке желудочно-кишечных кровотечений; 2. Основным преимуществом метода, наряду с точной

верификацией источника кровотечения, является возможность одномоментной окклюзии «причинного» сосуда; 3. У пациентов, находящихся на симптоматической терапии вследствие крайне тяжелого их состояния, этот метод является методом выбора и единственной возможностью остановки кровотечения.

259. Малоинвазивная хирургия и метаболическая терапия синдрома диабетической стопы (СДС)

*Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У.,
Хамитов Ф.Ф., Какубава М.Р.,*

Москва

«МГМСУ им. А.И. Евдокимова»

В последние годы в связи с бурным внедрением минимально инвазивных вмешательств кардинально изменилась тактика лечения гнойно-некротических поражений стоп при сахарном диабете (СД). Трофические нарушения в стопах встречаются у 20 – 25% больных СД и представляют серьезную угрозу конечности и жизни пациента. Многоуровневый и дистальный типы поражения артерий (дистальное подколенной артерии) является самой сложной при лечении СДС. Под наблюдением находилось 158 больных с тяжелыми трофическими изменениями в тканях стопы при СДС, которым выполнены миниинвазивные вмешательства. Нейроишемическая форма СДС была у 98 (62%), ишемическая – 60 (38%) На первом этапе основными задачами являются : снижение эндотоксикоза, локализация воспалительно-некротического процесса, отграничение некроза, перевод влажной гангрены в сухую. При этом проводится экстренная или срочная санация очага (вскрытие абсцессов или флегмоны, некротомия, экзартикуляция пальцев), антибактериальная внутривенная или внутриартериальная терапия, детоксикационная и ангиопротекторная терапия (вазопростан, актовегин, алпростадил). После стихания процесса на втором этапе (3-5-е сутки) проводится обследование артериального русла (УЗ – ангиосканирование, ангиография, изучение состояния микроциркуляции в стопе и голени). Из

158 больных (1-я группа) у 130 (82%) выполнено рентгенэндоваскулярное стентирование подвздошных (n-18), бедренных (n – 36), стент берцовых артерий (n-86) и ангиопластика подколенной (n – 42). При невозможности выполнения ангиопластики и стентирования у 28 больных (2 гр.) проводились длительные внутриаартериальные инфузии ангиопротекторами (актовегин), пластика глубокой артерии бедра (n-16), поясничная симпатэктомия, используя лапароскопическую технику (n-12). После всех операций длительное время до 3-х месяцев больные получали метаболическую и постоянно антикоагулянтную терапию. Из 130 больных 1-й группы со стентированием конечность спасена у 102 (78%). Ампутация на бедре выполнена у 20 (15%), голени у – 8 (6%). У 28 больных второй группы спасти конечность удалось у 15 (54%). Ампутация на бедре выполнена у 13(46%). Таким образом, комплексный подход с использованием миниинвазивных технологий позволяет у 78% спасти конечность от высоких ампутаций.

260. Синдром Маллори-Вейсса: объективизация риска рецидива кровотечений

Мизиев И.А. (1), Ахкубеков Р.А.(1),
Бифова Б.Р.(1), Султанова М.С.(2)

Нальчик
2) Москва

1) КБГУ
2) ГБУЗ ГКБ 51 ДЗМ

Актуальность: желудочно-пищеводные кровотечения являются клинической проблемой абдоминальной хирургии. Это связано как с повышением общего числа больных с данной патологией, так и с увеличением частоты встречаемости неязвенных кровотечений, среди которых первенствующим является синдром Маллори-Вейсса (СМВ). Цель исследования: Определить факторы, влияющие на риск кровотечения при синдроме Маллори-Вейсса на основании рассмотрения историй болезни пациентов, получавших лечение на базе ГБУЗ РКБ, и

сравнить эффективность оценки риска развития кровотечения при СМВ по шкалам Rockall и Blatchford. Материалы и методы: Выполнен анализ 39 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ РКБ в 2015-2018 г. Для оценки риска развития рецидива кровотечения при СМВ были использованы шкалы Blatchford и Rockall. Статистическая обработка информации проводилась с применением программных пакетов Microsoft Excel 2007. Результаты и обсуждение: В ГБУЗ РКБ за 2015-2018 г. пролечено 39 пациентов с СМВ. Мужчин было 31 (79,5%), женщин – 8 (20,5%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом: 18–38 лет – 10 (25,6%), 39–59 лет – 18 (46,2%), 60–80 лет – 10 (25,6%), 81 и старше – 1 (2,6%). Средний возраст пациентов составил $51 \pm 16,15$ года ($M \pm \sigma$). В ходе исследования было выявлено, что в 5,1% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем, 7,7% страдали хроническим алкоголизмом. Пациенты с беременностью сроком 7-15 недель составил 7,7%. Рецидив кровотечения наблюдался у 2,56 % пациентов. В 8,3% случаев была обнаружена ГЭРБ. Недостаточность кардии-4,2%. Язвенная болезнь желудка или ДПК-5,2%, гастрит-14,6%, хронический панкреатит-9,4%, ГПОД-6,3%. Рубцовая деформация кардиального отдела пищевода и луковицы ДПК-по 4,2 %. Сопутствующая печеночная недостаточность-20,5% и сердечная недостаточность-25,6%. Пациенты с СМВ были разделены на 3 группы. В первую вошли пациенты с легкой степенью кровотечения 22(56,41%), во вторую – со средней степенью кровотечения 6(5,39%), в третью группу вошли пациенты с тяжелой степенью кровотечения 11(28,2%). Всем пациентам с признаками желудочно-кишечного кровотечения выполнялась неотложная ЭФГДС. В первой группе у 4,35% выявлено продолжающееся кровотечения, 95,5 % с спонтанным гемостазом. Во второй группе 16,7 % с продолжающим кровотечением, 83,3 % с спонтанным гемостазом. В третьей группе 18,1 % с продолжающим кровотечением, 81,9 % с спонтанным гемостазом. Пациенты первой и третьей группы чаще поступали с спонтанным гемостазом (95,5% и 81,9%), пациенты второй группы чаще поступали в больницу с активным продолжающимся кровотечением (16,7%), что потребовало проведения интенсивной терапии. Инъекционный гемостаз 0,18% р-ром адреналина был проведен у 4 (10,2%) пациентов. При сравнении эффективности применения шкал Blatchford и Rockall для оценки риска развития рецидива при СМВ выявлено следующее. По шкале Blatchford в первой группе сумма баллов составила $118 \pm 2,80$ ($M \pm m$), во второй

26±3,38. В третьей группе 110 ± 3,09. По шкале Rockall в первой группе сумма баллов составила 63±1,93 (M±m), во второй 17±1,94, в третьей группе 43 ± 2,50. При этом различия между группами оказались статистически достоверны (F критерий=10,814 p=0,0002). По шкале Blatchford различия между первой и второй группами были статистически недостоверны: 3,4±0,21 и 5,0±0,58 соответственно, F критерий= 0,981, p=0,38. Выводы 1. Причинами развития синдрома Маллори-Вейсса были алкоголизм, беременность, панкреатит. 2. Наиболее часто синдром Маллори-Вейсса сопровождают печёночная (20,5%) и сердечная недостаточность (25,6%). 3. Прогностическая шкала Rockall более точно оценивает риск развития рецидива кровотечения при СМВ, в то время как шкала Blatchford демонстрирует недостаточную информативность. Так как Rockall фокусируется на общем статусе, а Blatchford больше интересуется клиническим представлением и симптомами.

261.Персонализированная антимедиаторная терапия при остром панкреатите

Дибиров М.Д.

Москва

«МГМСУ им. А.И. Евдокимова»

С 2014 г. клиника строго придерживается принципов лечения острого панкреатита (ОП), приведенных в национальных клинических рекомендациях, учитывая степени тяжести: легкой, средней и тяжелой по интегральным шкалам APACHE – II и SOFA. Исходя из многоцентровых рандомизированных исследований в основной группе (n-96) дозировку антимедиаторной терапии октреотидом проводили строго по показаниям, фазам и тяжести состояния ОП. Октреотид назначался в течение первых пяти суток от начала заболевания при стерильном панкреонекрозе. При отечной форме после 5 суток при стерильном и инфицированном панкреонекрозе октреотид не назначается и нет смысла в нем. При стерильном панкреонекрозе при легкой степени тяжести по APACHE – II октреотид назначался по 100 мкг

подкожно 3 р/с., средней тяжести – по 300 мкг в/в 2 р/с., тяжелой по 600 мкг в/в 2 р/с в течение 5 суток. По возрасту, тяжести состояния, срокам поступления и сопутствующей патологии основная и контрольная группы были идентичны друг другу. Обеим группам со средней и тяжелой степенями в отделениях реанимации проводился круглосуточный мониторинг клинко-лабораторных данных и лучевых методов (УЗИ через день, КТ с болюсным усилением на 1-е, 5-7-е, 10-17 – е сутки с момента поступления) Результаты: Персонализированная антимедиаторная терапия позволила уменьшить ферментативную токсемию в основной группе по ? – амилазе и липазе крови с 1206±73 и 856±58 соответственно при поступлении через 72 часа от момента лечения до 88 ± 23 и 50±14. В контрольной группе 1006±71 и 848±60 до 178±24 и 252±17 соответственно в основной группе значительно быстрее наступало улучшение состояния и на 3 к/д уменьшилось пребывание в отделении реанимации. В основной группе инфицирование наступило у 10%, контрольной – 17%, умерло в основной группе 3%, контрольной 8%. Таким образом, при лечении ОП антимедиаторная терапия должна проводиться по показаниям и в соответствии с тяжестью состояния больного.

262.Использование симуляционных тренингов в обучении студентов базовым лапароскопическим навыкам

*Мизиев И.А.(1), Ахкубеков Р.А.(1),
Ачабаева А.Б.(1), Оздоева Т.И.(1),
Султанова М.С.(2)*

Нальчик
2) Москва

1) КБГУ
2) ГБУЗ ГKB 51 ДЗМ

Актуальность: В настоящее время использование лапароскопических технологий в хирургии стало рутинным, и хирург в настоящее время должен владеть не только обычными, «открытыми», операциями, но и лапароскопическими вмешательствами. В то же время обучение

лапароскопическим манипуляциям сложнее, и требует определенных занятий и некоторого оборудования. В связи с этим мы решили оценить возможности эндохирургического симуляционного тренинга студентов. Цель: разработка и изучение результатов использования эндохирургического симуляционного тренинга для обучения студентов медицинского факультета базовым лапароскопическим навыкам. Материал и методы: Исследования проводились на симуляторе лапароскопических операций со стандартными лапароскопическими инструментами; Для оценки скорости и степени освоения базовых навыков мы выбрали три упражнения, которые проводили на время. 1. Брали коробку со спичками и перекладывали 5 спичек с платформы в пустой коробок. Расстояние между спичками 5-10 мм, от коробка до крайней спички – 10 см. Спичка старались именно положить ровно, а не бросить в коробок. 2. Перемещение по штырькам - инструментом недоминантной руки захватывались силиконовые шарики. На весу они перехватывались другим инструментом и надевались на штырек. 3. Прошивание - при помощи двух инструментов необходимо провести нить (проволоку) сквозь металлические кольца по намеченному маршруту за минимальное время. Все студенты (5 человек 4го и 5го курсов медицинского факультета КБГУ), участвующие в исследовании, ранее не имели опыта выполнения лапароскопических вмешательств. Каждому студенту отводилось 30 мин на выполнение манипуляций, обучение базовым навыкам длилось 5 дней. Результаты: за пять дней обучения студенты освоили три базовых навыка. Скорость выполнения навыков отражена в таблице. Мы брали среднее значение времени среди студентов, выполнявших упражнения. Время выполнения первого упражнения (спички) уменьшилось с 1 мин 27 сек до 50 сек, т.е. на 43%. Стоит отметить, что это достаточно простое упражнение, студенты достаточно быстро осваивали его. Время выполнения второго упражнения сократилось с 1 мин 10 сек до 41 сек., т.е. на 42%, хотя это упражнение сложнее, и заставляет задействовать, хоть и незначительно, недоминантную руку. Последнее упражнение наиболее сложное, и требует координированного использования обеих рук. Здесь также отмечается улучшение результатов: время выполнения сократилось с 2 мин 7 сек до 1 мин 37 сек. Но сокращение времени здесь более скромное – 24%. Выводы: Использование обучения студентов на лапароскопических тренажерах, при том ранее не владеющих базовыми лапароскопическими

навыками, даже в режиме 30 мин в день в течении 5 дней, позволяет значительно уменьшить время выполнения базовых упражнений от 24 до 43%. В дальнейшем мы планируем дальнейшее исследование зависимости снижения времени выполнения упражнения и его связь с затраченным на это временем обучения, как общим, так и разбитым по дням.

263. Тактика хирурга при острой фиброзной тонкокишечной непроходимости

*М.К.Абдулжалилов, М.Р.Иманалиев,
А.М.Абдулжалилов, Х.М-Р.Исаев,
А-К.Г.Гусейнов*

Махачкала

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный
медицинский университет"

Актуальность проблемы. В последние годы мы наблюдаем рост числа пациентов с обтурационной тонкокишечной непроходимостью, обусловленной фиброзом. Материал и методы. За последние 2 года в нашей клинике прошли лечение 35 пациентов с фиброзной тонкокишечной непроходимостью. Из них мужчин было 22 (62,9%), женщин -13 (37,1%). Возраст пациентов колебался от 14 до 82 лет, средний возраст составил 47,7 лет. Среди них в возрасте до 40 лет было 10 (28,6%), 41-60 – 17 (48,6%), 61-80 -6 (17,1%), старше 80 – 2 (5,7%). Больше всего пациентов трудоспособного возраста, что, по-видимому, связано с сухоедением, из которых 72,7% городские жители, а 27,3% - сельские. При госпитализации на обзорной рентгенограмме брюшной полости стоя обнаруживали чаши Клойбера. УЗИ брюшной полости при длительности ОКН до суток патологию не обнаружило. Через сутки диагностировали пневматизацию толстой кишки, небольшой выпот в брюшной полости, диаметр петель тонкой кишки достигал 31,5±3,4 мм, наблюдались активная перистальтика тонкой кишки и маятникообразные движения ее содержимого. Через 3 суток – определялись расширенные петли тонкой кишки диаметром до 37,6±5,6 мм, толщина стенки - до 6-7

мм, скудный выпот, маятникообразное движение содержимого и у 1 пациентв был визуализирован фитобезоар. Через неделю после начала заболевания наблюдали пневматизацию толстой кишки, скудный серозный выпот, диаметр петель тонкой кишки достигал до 30,0+5,4 мм. На 10 сутки после начала заболевания в брюшной полости обнаруживали больше выпота, чем в предыдущие сроки наблюдения, диаметр петель тонкой кишки достигал 40,1+3,9 мм, толщина стенки – 5-6 мм, перистальтика не определялась. Оперативное вмешательство выполняли в течение 3 – 25 часов. Были выполнены следующие операции: лапароскопическая фрагментация фитобезоара -5, диагностическая лапароскопия, мини-лапаротомия и открытая фрагментация безоара - 8, лапаротомия и фрагментация безоара - 6, лапароскопически ассистированная фрагментация фитобезоара -1. Результаты и их обсуждение. При диаметре фитобезоара до 3,0 см количество выпота в брюшной полости составлял не более 40 мл, 4 см – до 100 мл, 5 см – более 200 мл. Средняя продолжительность операции при лапароскопической фрагментации фитобезоара составила 65,0+12,7 мин, при фрагментаций фитобезоара через мини-лапаротомию – 108,3+22,5 мин, открытой фрагментации фитобезоара - 90,0+16,7 мин. Послеоперационные осложнения развились у 2(5,7%) пациентов после фрагментации фитобезоара через мини-доступ – развилась послеоперационная тонкокишечная непроходимость, что, по-видимому, была связана с выраженной плотностью фитобезоара и травматичностью операции. В обоих случаях выполнена релапаротомия, разъединение спаек, ликвидация тонкокишечной непроходимости, назоинтестинальное дренирование тонкой кишки. Средняя продолжительность стационарного лечения в первой группе пациентов составил 7,6+2,3 к/д, во второй – 9,8+3,1 к/д, в третьей - 15,7+ 4,9 к/д. Выводы: 1.Наблюдается рост числа пациентов с фитобезоарной тонкокишечной непроходимостью. 2.Подострое течение кишечной непроходимости повышает показатель поздней госпитализации пациентов, обосновывает их отказ от экстренной операции и ее задержку. 3.Волнообразный характер течения фитобезоарной тонкокишечной непроходимости, количество выпота в брюшной полости и состояние петель тонкой кишки выше препятствия зависели от размеров безоара и уровня обтурации тонкой кишки. 4.Лапароскопическая фангментация фитобезоара возможна лишь при мягкой его консистенции, малотравматична, позволяет предупредить послеоперационные

осложнения и сократить длительность стационарного лечения. 5.Фрагментация плотного фитобезоара лапароскопически невозможна, а через мини-доступ травматична и сопровождается послеоперационными осложнениями, что диктует целесообразность его энтеротомной экстракции.

264.Хирургическое лечение редкой формы внутренней ущемленной грыжи живота

*М.К.Абдулжалилов, М.Р.Иманалиев,
А.М.Абдулжалилов, Х.М-Р.Исаев,
А-К.Г.Гусейнов*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Пациентка М., 16 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи 17.09.2018г. в 13 ч 10 минут через 2 суток после начала заболевания с жалобами на тошноту, сухость во рту, слабость, головокружение. Общее состояние средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, язык суховат, умеренно обложен белым налетом. Пульс – 74 уд/мин, А/Д – 110/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, не вздут. При пальпации пациентка отмечает умеренную болезненность в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Госпитализирована в хирургической отделение с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение. При ФГДС диагностировали эрозивный эзофагит, эрозивный гастрит, осложненный состоявшимся желудочным кровотечением. Гемоглобин 111 г/л. Лейкоцитоз – 4,6 x 10⁹/л, палочкоядерных нейтрофилов – 4%, амилаза крови – 256 Ед/л, билирубин общий - 25,6 мкмоль/л, прямой – 11,4 мкмоль/л. Другие анализы без отклонения от нормы. На обзорной рентгенограмме брюшной полости признаки тонкокишечной непроходимости. При УЗИ диагностировано наличие свободной жидкости в малом тазу и между петлями кишечника. Петли тонкой кишки расширены до 4,5 см с маятникообразным движением содержимого. После предоперационной подготовки в 16ч05 мин

18.09.2018г. выполнена диагностическая лапароскопия (Г.А.Абдулмеджидов). Под ЭТН доступом выше пупка в брюшную полость введен 10 мм порт. При обзорной лапароскопии в брюшной полости до 300 мл серозно-геморрагического выпота, который аспирирован электроотсосом. Петли тонкой кишки раздуты до 4-5 см, причину ОКН визуализировать не удалось. Выполнена конверсия 2). Лапаротомия, рассечение ущемляющего кольца, ликвидация ОКН, НИИ, декомпрессия тонкой кишки, лаваж и дренирование брюшной полости (Абдулжалилов М.К.). В брюшной полости до 150 мл серозно-геморрагического выпота, который аспирирован. Петли тонкой кишки раздуты до 4-5 см газами и жидким содержимым до средней части тонкой кишки, ниже этого участка петли тонкой и толстой кишок совершенно пустые диаметром не более 1-1,5 см. При ревизии установлено, что петля тонкой кишки в 250 см от Трейца внедрилась в Винслово отверстие и ущемилась. После выведения ущемленной петли длиной до 30 см на нем имеются 2 странгуляционные борозды с признаками нарушения кровотока. Ущемляющее кольцо диаметром до 2 см образована гепатодуоденальной связкой, печенью, 12п. кишкой и нижней поллой веной. Кишечная непроходимость ликвидирована. Выполнена новокаиновая блокада корня брыжейки тонкой кишки (0,5%-60 мл). Кровоток в зоне ущемленных борозд восстановился. Установлен НИЗ на глубину 70 см от Трейца, выполнена декомпрессия тонкой кишки, эвакуировано до 2л тонкокишечного содержимого с запахом. Пассаж тонкокишечного содержимого и перистальтика полностью восстановились. Проведен лаваж брюшной полости, дренирование малого таза справа. Швы на рану. Послеоперационный диагноз: ущемленная грыжа Винслово отверстия, осложненная острой полной странгуляционной тонкокишечной непроходимостью, вторичным диффузным серозно-геморрагическим перитонитом. В послеоперационном периоде пациентка получала антибиотики, анальгетики, стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта, инфузионную и энтеральную терапии. В послеоперационном периоде показатель общего белка плазмы крови снизился до 40г/л, из брюшной полости по дренажу выделялось 400-500 мл серозного выпота в сутки. После нормализации показателя общего белка отделяемое прекратилось. Выписана с выздоровлением на 9 сутки после операции. 1. Ущемленная грыжа Винслово отверстия относится к редким формам, не имеет характерных клинических симптомов, протекает как острая

кишечная непроходимость, требует выполнения экстренной операции. 2. Диагностика до операции затруднена. Показана экстренная лапароскопия.

265. Структура повреждений смертельной сочетанной травмы

*Демин К.А., Гаербекоев А.Ш.,
Лебедев М. А., Великий В. П.*

Батайск Ростовской области

МБУЗ ЦГБ г. Батайска РО Батайское отделение
ГБУ РО «Бюро СМЭ».

Ключевые слова: ЧМТ – черепно-мозговая травма, ШОП – шейный отдел позвоночника, ГрОП – грудной отдел позвоночника, ПОП – поясничный отдел позвоночника. Введение. Особенность последних десятилетий – рост тяжести повреждений за счет увеличения доли сочетанных и множественных травм. Эта категория повреждений характеризуется высокой летальностью и инвалидизацией. Актуальность проблемы тяжелой сочетанной травмы определяется, в первую очередь, высоким процентом летальных исходов. Поэтому важно изучение структуры и особенностей сочетанности повреждений с выявлением основной причины смерти при смертельной политравме. Эта актуальная проблема является зоной интересов нескольких дисциплин: судебно-медицинская экспертиза, хирургия сочетанной травмы, реаниматология, гидродинамика, нормальная и патологическая физиология, цитология и лабораторное дело. Материалы и методы исследования. Изучено 120 актов СМЭ смертельной политравмы. Экспертиза проводилась на базе Батайского отделения ГБУ РО «Бюро СМЭ». В наибольшем количестве случаев причинами получения смертельной политравмы были ДТП (86 %), высокоэтажные падения составили 34%. Структура выявленных повреждений: ЧМТ 94 (78,33%), переломы ребер 87 (72,5%), из них двухсторонние переломы ребер отмечены в 56 (64,37% из общего количества перелома ребер, перелом грудины 11 (9,17%), перелом лопатки 6 (5%), ключицы 19 (15,83%), разрывы легкого, корня

легкого выявлены в 34 (28,33%), гемоторакс 48 (40%), разрыв грудного отдела аорты 14 (11,67%), разрыв сердца 10 (8,33%), разрыв легочного ствола 2 (1,6%); повреждения паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства, сопровождающиеся продолжающимся кровотечением с исходом в острую массивную кровопотерю, шок, малокровие выявлены – повреждение селезенки 28 (23,33%), печени 48 (40%), почки 5 (4,17%), разрывы брыжейки кишечника 9 (7,5%), разрывы кишечника 2 (1,67%). Сочетанные повреждения печени и селезенки выявлены в 14 случаях (11,67%). Сочетанное повреждение печени и селезенки при разрывах аорты и сердца отмечено в 10 случаях, что свидетельствует о высокоэнергетическом травматическом воздействии. Травма костей таза выявлена в 49 (40,83%), при этом нестабильные переломы с нарушением тазового кольца в этой группе отмечено в 28 (57,14% от травмы таза) Травма позвоночника выявлена в 25 (20,83%), из них ШОП 6, ГРОП 16, ПОП 3. Повреждение спинного мозга и ушиб спинного мозга отмечены в 13, то есть в 52% случаях выявленного повреждения позвоночного столба. Повреждения длинных трубчатых костей: перелом бедренной кости 34 (28,33%), большеберцовой 33 (27,5%), плечевой 15 (12,5%), переломы костей предплечья 17 (14,17%). Изолированная травма, как причина смерти выявлена у 12 пострадавших с тяжелой ЧМТ (10%) – причина смерти разрушение структуры головного и продолговатого мозга. И в 1 случае (0,83%) выявлена тяжелая травма груди, не совместимая с жизнью. Отдельную категорию причинности смерти при смертельной сочетанной травме составляют разрывы жизненно важных кровенесущих структур: сердце (10, 8,33%), аорта (14, 11,67%), легочной ствол (2, 1,6%). Эта категория смертельных повреждений всегда сопровождается разнообразной сочетанностью травматических повреждений и свидетельствует так же о высокоэнергетическом травматическом воздействии. В исследованной группе разрывов крупных кровенесущих структур всегда имеются биомеханические и гидродинамические условия травматического повреждения, позволяющие трансформироваться большей части входящей травматической энергии в разрушающий эффект гидродинамического удара. Результаты исследования и выводы. 1. Сочетанные повреждения органов груди, живота, таза, конечностей с исходом в острую массивную кровопотерю, малокровие и шок – основная причина смертельной сочетанной травмы. 2.

Отдельную категорию причины смерти составляет ЧМТ с разрушением паренхимы головного мозга, выявлена в 10%. 3. Отдельную категорию причины смерти в исследуемой группе составляют разрывы крупных кровенесущих структур (сердце, аорта, легочной ствол), выявлена в 21,67%.

266.Эндоскопические технологии в урологии

Шамсиев Ж.А.

Самарканд

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. В последнее десятилетие в Узбекистане бурно развивается эндоскопическая хирургия. В настоящее время все более прочные позиции в детской урологической практике занимают эндоскопические методы диагностики и лечения. Общепринятыми преимуществами эндоурологических методов лечения являются: малая травматичность операционного доступа и манипуляции; отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции благодаря специальному освещению и интраоперационному увеличению. Все это делает применение эндоскопических технологий в детской урологии наиболее целесообразным, поскольку отвечают основным принципам современной детской урологии [4]. Прогресс детской эндоскопической хирургии в детской урологии идет параллельно с развитием лапароскопической хирургии взрослых. В то же время детские урологи не только адаптируют эндоскопические операции в урологии к педиатрической специфике, но и разрабатывают и внедряют в клиническую практику собственные и оригинальные эндоурологические методики [3,4]. Материал и методы. За период с 2010 по 2018 гг. в отделении детской урологии 2 - клиники Самаркандского Медицинского Института были применены эндоскопические методы операции 296 пациентам. Комплексное урологическое обследование детей включало клинко-лабораторные исследования: рентгенологические и эндоскопические методы визуализации мочевой системы: ультрасонография, экскреторная

урография, микционная цистография и цистоуретроскопия. По показаниям компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Распределение пациентов по возрасту - от 6 месяцев до 3 лет – 48 больных(16%), от 3 до 7 лет - 59 больных (20%), от 7 до 12 лет – 68 больных (23%), и старше 12 лет – 121 больных(41%). При распределении пациентов по полу: мальчиков было 168 (57%) и девочек 128 (43%). Результаты и обсуждение.

Диагностическая уретероцистоскопия проведена 96 пациентам при хронических циститах и недержаниях мочи. Эндоурологические методы лечения проведены при следующих патологиях: ПМР у 49, обструктивный мегауретер у 44, камень нижней трети мочеточников у 28, врожденный гидронефроз у 43, уретероцеле у 16(%), камень мочевого пузыря 12, клапан задней части уретры 5, полип мочевого пузыря у 3(%) больных. Показаниями к эндоскопическому способу коррекции ПМР является тяжелая степень рефлюкса и рецидивирующее течение пиелонефрита, неэффективность консервативной терапии. Отсутствие острой фазы воспаления мочевого пузыря - является обязательным условием для эндоколлагенопластики.

Эндохирургическое лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении коллагена производства «МИТ» (Россия) в объеме от 2 до 4 мл под устье мочеточника с использованием стандартизированной эндоскопической иглы и формированием коллагенового болюса, служащего опорой для мочеточника, стенки которого прилегают друг к другу, обеспечивая клапанную антирефлюксную функцию, препятствующую обратному оттоку мочи. Эндоколлагенопластика уретеровезикального сегмента мочеточника выполнена 49 пациентам (58 мочеточников), из них у 9 детей с обеих сторон одновременно. Длительность вмешательства составляла 10-15 минут. Эндохирургические вмешательства при обструктивном мегауретере (ОМУ) проводились при тяжелых степенях нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей, а при камнях нижней трети мочеточника болевой синдром и отсутствие функции почки. Эндохирургическое лечение ОМУ и камней нижней трети мочеточника включало в себя ретроградную катетеризацию мочеточника сверх гладким проводником диаметром 0,32 дюйма на глубину 6-10 см от устья мочеточника, с последующей установкой «низкого» трансуретрального мочеточникового стента оригинальной конфигурации. Длительность вмешательства составляла 15-25 минут. В

послеоперационном периоде у 42% в течении 2-3 суток отмечалась макрогематурия не требующая консервативной терапии. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при обструктивном мегауретре составляла 1-3 месяцев, у пациентов с камнем нижней трети мочеточника 7-10 дней. После удаления стента при ОМУ отмечено уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы и мочеточника в 1,5-2 раза. У всех больных диагностировано улучшение функции почек. Эндохирургическое лечение гидронефроза включало в себя ретроградную катетеризацию лоханки проводником под ультразвуковым контролем с последующей установкой трансуретрального полиуретанового мочеточникового стента в два «свинными хвостами», длины от 6 до 14 см, диаметром 4,8-5 Ch. Длительность дренирования чашечно-лоханочной системы у детей с гидронефрозом составляла 1-3 месяца. Эндохирургическое лечение при уретероцеле производилось трансуретральным рассечением уретероцеле. Эндоскопическое лечение уретероцеле приводило к восстановлению адекватной уродинамики и уменьшению дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточника. При клапанах задней части уретры эндоскопический метод лечения проводился путем трансуретральной резекции клапана задней части уретры детским резектоскопом. У всех больных после данной манипуляции наблюдалось восстановление адекватного мочеиспускания. Эндоскопическое лечение при полипах мочевого пузыря проводилось в виде трансуретральной резекции и коагуляции полипа. При камнях мочевого пузыря малых размеров производилось эндоскопическая цистолитотрипсия с помощью жесткого щипца с литоэкстракцией. На всех этапах эндохирургического лечения с целью профилактики воспалительных осложнений назначались антибиотики и уросептики. Продолжительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 6-7 дней с учетом сроков обследований. После выписки из стационара все пациенты наблюдались амбулаторно, которое включало в себя: ультразвуковой контроль размеров собирательных систем почек, мочевого пузыря и лабораторный мониторинг анализов мочи через 1,3,6 и 9 месяцев после выписки из стационара. Выводы. Таким образом, внедрение в детскую урологическую практику эндоскопических методов лечения показало их высокую эффективность, малую травматичность, уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, при

необходимости возможности повторных
эндоскопических и хирургических вмешательств.

**267. Возможные пути повышения безопасности
эндоскопической папиллосфинктеротомии для
пациента и врача (по материалам комиссионных
судебно-медицинских экспертиз)**

*Капустин Б.Б. (1), Белокрылова Е.Г. (2),
Умеркаева Ж.М. (2), Капустина Ю.Б. (2)*

Ижевск

1. ФГБОУ ВО Ижевская государственная
медицинская академия МЗ РФ
2. БУЗ УР "Бюро судебно-медицинской
экспертизы МЗ УР"

Приоритетным направлением современной хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ) является внедрение высокоэффективной малоинвазивной технологии, включающей одномоментное или этапное вмешательство, направленное на устранение нарушений дистального желчеоттока и удаление желчного пузыря. Необходимость выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в качестве первого этапа регламентирована клиническими рекомендациями Российского общества хирургов у пациентов с дооперационным подтверждением холедохолитиаза данными трансабдоминального УЗИ или магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРПХГ). За 2017-2018 гг. БУЗ УР «Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УР» проведено 7 комиссионных экспертиз, где причиной летального исхода у пациентов после ЭПСТ выявлен острый деструктивный панкреатит (в 1 случае в сочетании с ретродуоденальной перфорацией). Во всех клинических ситуациях вопрос о необходимости выполнения ЭПСТ решался коллегиально с оформлением информированного согласия пациента, в том числе и о послеоперационных осложнениях. При отсутствии в ЛПУ возможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, пациент чаще «по договоренности», а не в соответствии с маршрутизацией, утвержденной руководящими

органами здравоохранения в согласовании с ФОМС, направлялся в другое ЛПУ с последующим возвратом в направивший хирургический стационар. Как правило, этапное транспапиллярное вмешательство было оформлено как дополнительная платная услуга, что в последующем негативно воспринималось стороной, инициировавшей судебное разбирательство. Эндоскопические операции выполнены сертифицированными специалистами, в большинстве имеющими опыт 50 и более операций в год. При выполнении судебно-медицинской экспертизы комиссия опирается на выявленные недостатки в оказании медицинской помощи (несоответствие объема и качества выполненной помощи современным стандартам или нормативным актам, регламентируемым данный вид медицинской деятельности) и дефекты в оказании медицинской помощи – недостаток в оказании медицинской помощи, который явился причиной неблагоприятного исхода либо имел с ним прямую причинную связь. В большинстве заключений комиссионных экспертиз указано, что послеоперационное осложнение диагностировано своевременно, медицинская помощь оказана в полном объеме в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями. В одном случае комиссия выявила технический дефект выполнения ЭПСТ (несоответствие описания операции патологоанатомическому исследованию). Неблагоприятный исход операции для пациента и врача может иметь формулировку «причинение смерти по неосторожности..., причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». Одной из причин может служить нарушение техники оперативного вмешательства. Поскольку при длительно существующей ЖКБ у пациентов происходят выраженные морфофункциональные изменения зоны непосредственного оперативного вмешательства (БДС, парапапиллярные изменения стенки ДПК), а также нарушения просвета ДПК экстраорганный и рубцово-спаечного происхождения – эндоскопическое вмешательство становится технически сложной хирургической задачей. В этих условиях повышается риск интра- и послеоперационных осложнений. Отсутствие протокола выполнения ЭПСТ при канюляционном и «технически сложном» способе затрудняют экспертов дать однозначный ответ на вопрос о правильности выполнения операции и автоматически ответ становится субъективно зависимым от личного мнения эксперта-хирурга.

Защитить врача в случае конфликтной ситуации могут заранее подготовленные доказательства правильности его действий – грамотно и непротиворечиво заполненная медицинская документация и особенно патологоанатомическое (судебно-медицинское) заключение. Согласно должностной инструкции, администрация ЛПУ наряду с оперирующим хирургом и лечащим врачом, несет ответственность за «выполнение работ...не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья...». Это означает, что хирургу должна быть предоставлена возможность полноценного отдыха; участия в конференциях российского и международного уровня не в его свободное время и не за счет его собственных финансовых средств (при отсутствии финансирования ЛПУ это возможно было бы реализовать привлеченными средствами фирм-производителей современного эндоскопического и электрохирургического оборудования). Администрация ЛПУ обязана обеспечить выполнение хирургического вмешательства современным и безопасным оборудованием и инструментарием. Низкое качество выполнения хирургического вмешательства означает высокий риск опасности для жизни и здоровья пациента. Гарантом безопасности медицинского вмешательства как для пациента, так и для врача, является высокое качество его выполнения. Для обеспечения должного качества хирургического вмешательства основная роль принадлежит «дельной и хорошо учрежденной администрации» (Н.И.Пирогов). Выполнение эндоскопической ПСТ в организованном подразделении хорошо подготовленными специалистами в соответствии с утвержденным технологическим регламентом на современном оборудовании позволяет рассчитывать на максимальную эффективность и безопасность хирургической операции, а в случае возникновения осложнений обеспечить медицинскую и юридическую защиту врача.

268. Пути повышения детоксикационных возможностей организма в ургентной хирургии

Болотских В.А.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Одними из тяжелых и во многом непредсказуемых болезней живота до сих пор являются острый перитонит и острый панкреатит, при которых сохраняется высокий уровень летальности. Основной причиной смерти больных выступает эндогенная интоксикация, при которой поражаются различные органы и системы, приводя к полиорганной недостаточности. В последние годы одним из направлений борьбы с эндогенной интоксикацией, наряду с влиянием на очаг, является разработка способов влияния на течение кatabолических процессов с использованием схем, лимитирующих их прогрессирующее течение. В работе акцент исследований сделан на использование с этой целью метаболической терапии. Материал и методы. В основу работы положены исследования 47 больных острым перитонитом (21) и острым тяжелым панкреатитом (26), которым исследованы процессы, лежащие в основе кatabолических явлений (мембранодеструктивные). Больные острым перитонитом оперированы. Операции были направлены на санацию брюшной полости и ликвидацию очага. Пациентам острым панкреатитом в ранние сроки проводилась стандартизированная консервативная терапия. Им же в течение 5 суток выполняли внутривенные ежедневные вливания ремаксоло 400,0 мл. Производили оценку эндогенной интоксикации, выраженность мембранодестабилизирующих явлений (оценка фосфолипидного бислоя мембран, перекисное окисление мембранных липидов). Результаты. Нами установлено, что при обоих заболеваниях в плазме крови больных отмечается значительное повышение уровня токсических продуктов. Причем при остром перитоните они в максимальной концентрации были в первые двое суток после операции, при остром тяжелом панкреатите в наблюдениях с прогрессирующим течением увеличивались в первые 5-7 суток. Выявлен факт, что синдром эндогенной интоксикации сопровождал синдром липопероксидации и фосфолипазной активности, выраженность которых соответствовала тяжести

патологии. С патофизиологической точки зрения важнейшим проявлением указанных патогенетических процессов явилось мембранодестабилизирующие явления, которые диагностированы по липидограммам. Выявлены существенные модификации фосфолипидного бислоя мембран, в частности дисбаланс основных мембранообразующих липидов. Отметим, что на фоне стандартизированной терапии отмеченные гомеостатические сдвиги на ранних сроках не подвергались существенной коррекции. При комбинированном лечении с включением ремаксола отмечены сравнительно быстрые явления восстановления гомеостатических параметров. Установлено и то, что эффект такого рода терапии был обусловлен ее способностью уменьшать мембранодестабилизирующие явления, тем самым снижая в целом катаболические процессы, а с ними – и эндотоксемию (на 12,8–26,1 %). Наряду с эффектом по отношению лабораторных показателей, выявлена и клиническая эффективность комбинированной терапии. Подчеркнем, что результативность лечения была как при остром перитоните, так и при остром тяжелом панкреатите.

269. Результаты использования миниинвазивных технологии при оказании медицинской помощи пострадавшим с травмой груди

*Гедгафов Р.М., Мовчан К.Н., Зайцев Д.А.,
Русакевич К.И., Слободкина А.С.*

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
- 2) Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им.

Актуальность: В настоящее время специалисты в области торакальной хирургии обладают возможностью осуществлять многоплановое высокотехнологическое обследование и лечение пострадавших с травмой груди (ТрГ) используя миниинвазивные методики. Их внедрение в

торакальную хирургию, наряду с возможностями улучшения диагностики, позволяет осуществлять операции, хоть и не бескровно, но – минимальнотравматично с воздержанием от использования от травматичных манипуляций. Поэтому изучение возможности использования миниинвазивных технологий обследования и лечения пациентов с ТрГ, особенно при оказании им медицинской помощи (МП) в многопрофильных специализированных стационарах (МПСС) – одно из востребованных направлений научных изысканий в медицине в целом и эндовидеохирургии, в частности. Материалы и методы: Оценены результаты лечения 291 чел. на клинической базе СЗГМУ им. И.И. Мечникова – ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России. Все пациенты госпитализированы в 2014-2015 гг. в связи с патологией профиля «торакальная хирургия». Среди них в 156 случаях обследование и лечение проведено по поводу ТрГ. Возраст пострадавших колебался от 18 до 93 лет (в среднем – 42±4,2). Преобладали (105 чел. – 77%) мужчины. Использованы методики: клинического обследования пациентов; лабораторных (микроскопических, биохимических, цитологических, бактериологических); лучевых (рентгенологических – полипозиционная рентгенография и рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография брюшной полости, контрастные исследования – плеврография, мультиспиральная компьютерная томография; инструментальных (фибробронхоскопия, дренирование плевральной полости, торакоскопия (ТС), видеоторакоскопия (ВТС), ультразвуковое исследование (УЗИ) плевральной полости, перикарда и брюшной полости) технологий; морфологических исследований. В качестве лечебных хирургических мероприятий под местной анестезией при навигации УЗИ выполнялась ТС и торакотомия (ТТ). Полученные результаты и обсуждение. Установлено, что при обследовании в МПСС пострадавших с ТрГ случаи её гипердиагностики на догоспитальном этапе констатируются в 20% наблюдении. На основании данных комплексного обследования диагноз уточняется и трансформируется в 60% случаев. Необходимость в выполнении хирургических манипуляций (операций) возникает в 10% наблюдений. Используя преимущество высокотехнологичных миниинвазивных технологий, оказывается возможным осуществить МП посредством консервативного лечения более чем в 90% случаев. Применение УЗИ, на основании данных которого существенно повышается точность диагностики и

дифференцированный выбор метода лечения пострадавших при ТрГ, используется необоснованно редко. При выполнении пациентам с ТрГ ТС на фоне УЗ-сопровождения более чем в 90% случаев оказывается возможным отказаться от проведения ТТ. Вывод: применяя миниинвазивные (торакоскопические) технологий под контролем УЗИ при обследовании и лечении у пострадавших с ТрГ удается существенно снизить частоту осуществления торакотомии. Рекомендация: миниинвазивные технологии (УЗИ, ТС) обследования и лечение пострадавших с ТрГ целесообразно использовать с целью улучшения результатов оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов.

желчного свища малого объема, который закрылся самостоятельно. Патоморфологическое исследование операционного материала обнаружило грубое нарушение структуры печени по типу мезенхимальной дисплазии: с неравномерной пролиферацией желчных капилляров, желчных протоков, с диффузно-очаговой ангиодисплазией, сопровождаемой дисконфлексацией печеночных балок, глубокой дистрофией гепатоцитов, фиброзом разных отделов печеночных долек, тромбозом части сосудов, некрозом и фокусами гнойного воспаления. Особенность данного наблюдения - возникновение абсцесса печени на фоне ангиодисплазии её левой доли в сопровождении тромбоза левой печеночной вены и НПВ.

270. Абсцесс печени на фоне ангиодисплазии с флотирующим тромбом в нижней полой вене (клиническое наблюдение)

Аргучинский И.В., Андреев П.В., Яковлев В.А.

Барнаул

Краевая клиническая больница

В хирургическое отделение КГБУЗ ККБ поступил пациент М. 50 лет с жалобами на периодическое повышение температуры тела с ознобами, которые беспокоили пациента около 2 месяцев без предшествующих заболеваний, в том числе желчно-каменной болезни. Первоначальное УЗИ выявило в области S2 печени гипоехогенное образование 36x32 мм с тромбозом левой печеночной вены. При КТ брюшной полости с в/в контрастированием в левой доле печени обнаружено кистозно-солидное образование до 43 мм, без четких контуров, без дифференцируемой капсулы, с умеренным, равномерным контрастным усилением солидного компонента; при этом визуализировался тромбоз левой печеночной вены с выходом тромба в просвет НПВ на 2,5 см. У больного заподозрено злокачественное новообразование печени. В августе 2018 года больному М. выполнена левосторонняя гемигепатэктомия, открытая тромбэктомия из нижней полой вены. Ранний послеоперационный период осложнился развитием

271. Опыт применения видеолапароскопии в диагностике и лечении закрытых повреждений печени у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Эргашев О.Н. (1), Махновский А.И. (1), Барсукова И.М. (2), Кривоносов С.И. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ,
- 2) СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. По данным разных авторов повреждения печени встречаются у 23-33% пострадавших с закрытой травмой живота. При тяжелой сочетанной травме диагностика повреждений печени затруднительна, что является причиной большого количества дефектов, осложнений и летальных исходов. Представляет практический интерес применение метода видеолапароскопии (ВЛС) для диагностики и лечения повреждений печени у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Цель исследования. Обосновать алгоритм применения ВЛС для диагностики и лечения повреждений печени при тяжелой сочетанной травме. Материалы и методы исследования. Лечебно-диагностическая ВЛС применялась у 33 пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Модель пациентов: взрослые, тяжесть

повреждений по шкале ISS от 17 до 34 баллов, медиана ISS=22. Половозрастная структура пациентов: мужчин 20 (60,6%), женщин 13 (39,4%), средний возраст 34,8±14,6 лет. Обстоятельства травмы: автотравма - у 20 (60,6%), кататравма - у 11 (33,3%), производственная травма - у 2 (6,1%). Тяжесть повреждений печени определялась по шкале AIS (OIS). Для обоснования применения ВЛС применялась прогностическая шкала ВПХ-ЭХ. Полученные результаты. Закрытая травма живота у всех пациентов была заподозрена по результатам FAST – УЗИ и (или) КТ с внутривенным контрастированием. У всех пострадавших значение индекса прогностической шкалы ВПХ-ЭХ было менее 6. При ВЛС повреждения печени I степени были выявлены у 17 (52%) пострадавших, II степени – у 15 (45%), IV степени – у 1 (3%). Конверсия доступа была выполнена у 17 (52%) пациентов с массивным гемоперитонеумом и множественной травмой живота. У 16 (48%) пациентов ВЛС была окончательным методом диагностики повреждений печени и остановки внутрибрюшного кровотечения. Для остановки кровотечения в 7 (21%) случаях был использован метод электрокоагуляции или аргонплазменной коагуляции, в 4 (12%) случаях коагуляция была дополнена аппликацией гемостатической губки. У 5 (15%) пациентов с повреждением печени I степени продолжающееся внутрибрюшное кровотечение отсутствовало. Летальных исходов среди пострадавших с эндовидеохирургическим гемостазом не было. Выводы. 1. ВЛС является эффективным методом диагностики и лечения повреждений печени при тяжелой сочетанной травме. 2. Для обоснования применения ВЛС у пациентов с тяжелой сочетанной травмой целесообразно использовать прогностическую шкалу ВПХ-ЭХ. 3. У пациентов с массивным гемоперитонеумом и множественной травмой живота целесообразно выполнять лапаротомию.

272.Эффективность эмболизации левой желудочной артерии в комплексном лечении морбидного ожирения и сахарного диабета 2 типа: первый опыт и ранние результаты

*Ховалкин Р.Г. (1, 3), Атаян А.А. (1, 4),
Марченко И.П. (1), Луммер К.Б. (1, 3),
Иванова М.И. (1), Мосин С.В. (1, 2).*

Москва

1. ГБУЗ "ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана" ДЗМ
2. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
3. ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова»
4. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель: оценить безопасность и эффективность эмболизации левой желудочной артерии для снижения веса у больных с ожирением. Материалы и методы: с января 2017 года в отделении эндоваскулярных методов диагностики и лечения ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана 11 пациентам, страдающим морбидным ожирением, выполнена эндоваскулярная эмболизация левой желудочной артерии (ЭЛЖА). Возраст больных составил от 33 до 62 лет, медиана возраста 41,5 [37; 52] лет, из них 2 (18%) мужчин. Индекс массы тела (ИМТ) прооперированных пациентов составил от 33 до 59 медиана ИМТ 38,5 [35; 44]. Среди больных 4 (36%) страдали сахарным диабетом 2 типа (СД). У всех больных до вмешательства был определен комплекс биохимических показателей. Уровень гликированного гемоглобина у пациентов, страдающих СД, был равен от 6,2 до 8,1 ммоль/л, медиана 7,4 [7,0; 7,8]. Во всех случаях для определения анатомического варианта кровоснабжения желудка, а так же для планирования предстоящего вмешательства больным выполнялось компьютерная томография аорты и её ветвей с контрастным усилением. В десяти случаях (91%) ЭЛЖА была выполнена трансрадиальным доступом, в одном случае – трансфеморальным. Все операции были выполнены с использованием микрокатетера. В качестве эмболизационного материала использовались сферы Embosphere 500-700 нм и Embosphere 300-500 нм. В послеоперационном периоде у больных оценивалась динамика веса и субъективно изменение пристрастия к еде. Всем больным до операции, а также на следующий день и через

неделю после вмешательства выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с целью выявления возможных ишемических осложнений со стороны слизистой желудка. У пациентов, страдающих сахарным диабетом, дополнительно оценивалось изменение уровня гликированного гемоглобина. Результаты: Вмешательство было технически успешным во всех случаях. Через месяц снижение ИМТ было отмечено у 9 (82%) больных. Потеря веса составила от 3 до 7 кг, медиана 5 [3,7; 5,2]. Все пациенты отмечали снижение аппетита, что оценивалось по аналоговой 10-балльной шкале. Спустя месяц также у всех пациентов, страдающих сахарным диабетом, было отмечено снижение уровня гликированного гемоглобина, который составил от 5,2 до 7,4 ммоль/л, медиана 6,0 [5,6; 7,0]. У одной пациентки на 3 сутки после эмболизации была диагностирована язва желудка, которая успешно была пролечена консервативно. Выводы: Первые результаты ЭЛЖА для лечения морбидного ожирения и коррекции уровня гликемии у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа являются достаточно обнадеживающими, и свидетельствуют об эффективности и безопасности метода. Эмболизация левой желудочной артерии может рассматриваться как часть комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению морбидного ожирения и, возможно, сахарного диабета 2 типа.

273. Опыт использования лапароскопии при лечении спаечной тонкокишечной непроходимости

*Жилин С.А., Захаров Д.В., Уханов А.П.,
Большаков С.В., Тиунова Е.А.,
Муминов К.Д. Пашков В.А.*

Великий Новгород

ГБОУЗ Центральная городская клиническая
больница

Актуальность проблемы. Результаты лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью не имеют отчётливой тенденции

к улучшению: послеоперационная летальность, в зависимости от формы и длительности заболевания, составляет от 3,7% до 36,7%; послеоперационные осложнения — от 8,2% до 38,5%. Причинами этого служат: позднее обращение больных за медицинской помощью, диагностические и тактические ошибки на догоспитальном этапе и в стационаре. Применение лапароскопии в диагностически неясных случаях с одной стороны позволяет избежать ошибок, а с другой выполнить оперативное пособие более щадящим способом. Цель исследования. Изучить и оценить возможность использования лапароскопии, как метода диагностики и лечения спаечной кишечной непроходимости в условиях многопрофильного стационара Великого Новгорода. Материал и методы. За период с 2015 по 2018 год в Клинике №1 ГБОУЗ Центральная клиническая больница оперировано 161 больной с острой спаечной кишечной непроходимостью. Лапароскопическим доступом оперировано 49, что составило 30% от общего числа пациентов. Показанием к лапароскопии на этапе освоения методики мы считали наличие в анамнезе единичных вмешательств на органах брюшной полости, так называемых «малых лапаротомий», то есть аппендэктомий, грыжесечений, гинекологических операций, отсутствие признаков декомпенсированной непроходимости и необходимости выполнения назогастроинтестинальной интубации. При наличии срединного послеоперационного рубца первый порт для лапароскопа вводили по средней линии над или под пупком по методике Хассона, либо в левом подреберье после предварительного УЗ – исследования для определения «акстического окна». Дополнительные троакары, как минимум два, вводили после проведения обзорной лапароскопии в зависимости от локализации и обширности спаечного процесса. Из 49 больных, оперированных эндовидеохирургическим методом, устранить непроходимость кишечника лапароскопически удалось у 40 (81%). У 24(60%) пациентов имел место обтурационный характер непроходимости, в 16(40%) случаях странгуляционный. Всем этим больным произведено рассечение спаек. Конверсия доступа выполнена у 9 больных (19%). Связано это со сложностью визуализации и работы на перерастянутых петлях кишечника, возможностью повреждения стенки кишки или ее брыжейки, порой необходимостью выполнения резекционных вмешательств или проведения назоинтестинальной интубации кишечника. При ретроспективном

анализе отмечено снижение частоты конверсий по мере набора опыта, так за период с 2015 по 2016 год выполнено 7 конверсий, а за 2017 и 2018 года всего 2. Причинами перехода на открытый доступ в нашей группе больных явились: интраоперационная травма кишки со вскрытием ее просвета у 3 больных, некроз участка тонкой кишки, потребовавший выполнения резекционного вмешательства у 2 больных, наличие декомпенсированной непроходимости с необходимостью назогастроинтестинальной интубации у 4 больных. Овладение методикой интракорпорального шва позволило отказаться от перехода на традиционный доступ в случаях интраоперационной травмы кишки, в 1 случае нам удалось успешно ушить отверстие лапароскопически. Во всех случаях наблюдалось гладкое течение послеоперационного периода, отмечен минимальный болевой синдром, обусловивший раннюю активизацию больных и отказ от приема анальгетиков, быстрое купирование пареза кишечника, по сравнению с больными, оперированными традиционным способом. Средняя продолжительность нахождения больных в стационаре была 6.2 суток. В послеоперационном периоде осложнений не было, летальных исходов не зарегистрировано. Выводы. Наш опыт использования лапароскопии при спаечной тонкокишечной непроходимости показывает, что данная методика имеет ряд неоспоримых преимуществ перед открытым вмешательством в виде снижения болевого синдрома, ранней активизации больных и восстановления функции кишечника, уменьшения длительности стационарного пребывания.

274.Миниинвазивная технология под лучевой навигацией в лечении резидуального холедохолитиаза

*Меджидов Р.Т. (1), Скороваров А.С. (2),
Султанова Р.С. (1,2)*

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России
2) ГБУ РД "ГКБ №1"

Актуальность. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику высокоинформативных методов диагностики, не редки случаи оставления камней во внепеченочных желчных протоках после хирургических вмешательств по поводу желчнокаменной болезни и её осложнений. Данная проблема решается из широкой лапаротомии либо миниинвазивным способом. Последний является более актуальным. Материал и методы. В течении последних двух лет в клинике общей хирургии с курсом лучевой диагностики ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России прошли лечение 24 пациента с резидуальным холедохолитиазом. Возраст пациентов составил от 24 до 85 лет. Давность первого вмешательства на желчных путях от 17 до 63 дней. В 10 случаях до поступления в клинику была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, из них в 3 наблюдениях операция завершена дренированием билиарного тракта (БТ) по Пиковскому. В одном наблюдении в послеоперационном периоде были предприняты попытки ретроградного удаления конкремента в результате чего у пациента развился постманипуляционный панкреатит. В 6 наблюдениях холецистэктомия проведена из минидоступа, в 2 из них в объеме холедохотомии с наружным дренированием БТ по Керу. Холецистэктомия из широкой лапаротомии до поступления в клинику была выполнена 5 пациентам, в 3 случаях из них с дренированием БТ (по Керу – 1, по Пиковскому - 2). В 3 случаях пациенты были оперированы по поводу ПХЭС, холедохолитиаза, конкременты не были удалены из-за технической сложности и операции были завершены дренированием БТ по Керу. У 13 пациентов имелась механическая желтуха, из них у 6 пациентов в сочетании с холангитом. Этим пациентам выполнена первым этапом чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) и на втором этапе антеградная баллонная дилатация БДС с дислокацией конкрементов в двенадцатиперстную

кишку (ДПК). В 2 наблюдениях понадобилась лазерная литотрипсия из-за больших размеров конкремента. Пациентам с дренированным наружу БТ антеградная баллонная дилатация БДС и дислокация камней в ДПК проведена в 11 наблюдениях. Доступ в БТ в указанных наблюдениях осуществлен через дренажи. В 2 случаях произведена билиолитолапаксия лазером через дренаж под лучевой навигацией. Результаты и их обсуждение. На этапе дренирования БТ миниинвазивная технология оказалась эффективной в 92,3% наблюдениях. У 23,0% пациентов имели место холангит и холестаз затяжного характера. На последующих этапах антеградных миниинвазивных вмешательств обострение холангита отмечено у 17,0% пациентов. В 8,1% случаев имело место выпадение чреспеченочных дренажей, по поводу чего было выполнено редренирование БТ. В 8,1% наблюдениях после баллонной дилатации БДС и дислокации камней в ДПК развился панкреатит. Последний был купирован консервативной терапией. Летальных случаев не было. Медиана длительности нахождения чреспеченочных дренажей в постманипуляционной фазе составила $12,2 \pm 2,1$ дня. Повторная госпитализация пациентов не понадобилась. Заключение. Миниинвазивная антеградная методика лечения резидуального холедохолитиаза является довольно эффективным и наиболее безопасным способом, особенно у пациентов с полиморбидным состоянием.

275. Социальное значение проблемы гипоскиллии начинающих хирургов в России

Быков А.В. (1), Мяконький Р.В. (1,2),
Панкратов А.И. (3), Сухоручко М.А. (1).

Волгоград, Саратов

1. Волгоградский государственный медицинский университет,
2. ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3,
3. ФГБУЗ Клиническая больница № 50 ФМБА России

Актуальность. Перспективы развития отечественного здравоохранения в значительной мере связаны с профессиональным уровнем и качеством подготовки врачей, как основного ресурса здравоохранения. Медицинская профессия, в частности хирургия, сегодня сталкивается с множеством проблем, ключевой из которых является порочная система обучения. Мы утратили свою автономию, стремительно продолжает снижаться престиж профессии, а профессионализм начинающих хирургов зачастую находится в упадке. Медицинские вузы ежегодно выпускают до 35 000 дипломированных врачей, однако, до практического здравоохранения доходит не более 15% выпускников. При этом в российском здравоохранении имеет место парадоксальное сочетание кадрового дефицита и отсутствие рынка труда (С.В. Капралов, 2016). В хирургии успех лечения пациента первостепенно определяется личной ответственностью и профессиональной подготовкой хирурга. В связи с этим, подготовка молодых специалистов должна иметь приоритетное значение. Вместе с этим, вопросы специальной подготовки хирургов недостаточно отражены в медико-педагогической литературе, практически отсутствует специальная литература по вопросам подготовки хирургов. В условиях дефицита соответствующих пособий и утвержденных рекомендаций обучение хирургов определяется ведущими кафедрами медицинских вузов и профильными отделениями крупных стационаров исключительно самостоятельно, таким образом, отсутствует единый подход и национальная концепция обучения хирургов. В 2005 г. профессор Herbert L. Fred (США) ввел термин «гипоскиллия» (от лат. *hypo* - ниже нормы и англ. *skill* – мастерство, искусство, сноровка) - процесс потери современным поколением врачей навыков классического физикального обследования

пациента в связи с возросшей технотизацией медицины. Поверхностное обследование больного, склонность решать вопросы диагностики на основании справок анализов и сведений из вспомогательных кабинетов превращают врача-клинициста в диспетчера (акад. РАН А.Ф. Черноусов и соавт., 2012). В своих исследованиях, начатых в 2015 г. нами предложено определение «начинающий (нестажированный) хирург» (НХ) - специалист, получивший на основании действующего законодательства РФ допуск к самостоятельной деятельности по хирургической специальности, имеющий вторую квалификационную категорию или без таковой, стаж работы которого по профессии составляет менее 5 лет. Вхождение нашей страны в Болонский процесс и погоня за европейскими ценностями, стали причинами того, что всего за несколько поколений, феномен гипоскиллии стал «болезнью», поразившей НХ нашей страны (чл.-корр. РАМН В.А. Журавлев и соавт., 2005; проф. И.Н. Григович и соавт., 2015). Многолетняя реформа отечественной высшей медицинской школы ничего не предусматривает для решения накопившихся специфических проблем подготовки хирургов и вместо решения актуальных проблем профессиональной подготовки ограничивается неполноценным копированием западных форм обучения. В таком виде происходящие преобразования являются опасными, подрывающими традиции отечественной медицины, что влечет за собой угрозу национальной безопасности и социальной нестабильности (М.М. Лебедева, 2000; С.В. Капралов, 2016). В настоящее время отмечается опасный разрыв между поколениями практикующих хирургов. По естественным причинам из профессии уходят опытные хирурги пенсионного возраста, а среднее поколение воспитано на принципах 90-х годов прошлого века. На сегодняшний день социально-демографический портрет российского хирурга выглядит следующим образом: это мужчина-горожанин в возрасте преимущественно от 25 до 49 лет (С.В. Андриянов, Е.В. Чернышкова, 2017). Профессиональное хирургическое сообщество сталкивается с дилеммой либо коррекции гипоскиллии российских НХ и активного участия в их адаптации в первичном хирургическом коллективе и наставничестве, либо же оставление НХ в статусе «неполноценного» члена коллектива, когда НХ, имея юридическое полноправие, не способен к выполнению тех же объемов работы, что стажированные коллеги. Получив доступ к самостоятельной практической

деятельности, НХ попадает в то же правовое поле, что и опытные коллеги. Не обладая достаточным профессионализмом, он несет такую же юридическую ответственность, что и стажированные коллеги, таким образом, гипоскиллия становится весомым фактором риска юридической уязвимости НХ. Нужно принимать во внимание, что в настоящее время «дела врачей» продолжают оставаться российским трендом. Ситуация усугубляется тем, что «ятрогенные преступления» становятся объектом все более пристального внимания правоохранительных органов. Так в июле 2018 г. Следственный комитет России (СКР) предложил ввести в Уголовный кодекс ст. 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и ст. 124.2 «Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи». Первая статья вводит уголовную ответственность за ятрогенные преступления и в случае смерти пациента или причинения тяжкого вреда здоровью предполагает наказание в виде лишения свободы на срок от 2 до 7 лет и запрет занимать определенные должности. Ст. 124.2 предполагает принудительные работы или лишение свободы на срок до 4 лет и запрет на занятие соответствующей деятельностью. На сегодняшний день в СКР уже создано подразделение для проведения экспертиз по делам о врачебных ошибках. Как сообщает ряд сайтов, в числе которых и такие авторитетные интернет-издания как «РБК» (www.rbc.ru), «Ведомости» (www.vedomosti.ru) и «Коммерсантъ» (www.kommersant.ru), 26.11.2018 г. председателем СКР подписан приказ об изменениях в штате центрального аппарата СКР и следственных органов. Документ предусматривает создание специальных отделов по расследованию дел, связанных с врачебными ошибками (ятрогенными преступлениями). Обучение и воспитание НХ – сложное и ответственное дело, рассматриваемая проблема является междисциплинарной и находится на стыке таких дисциплин как хирургия, педагогика, психология, юриспруденция и социология медицины. Проведенное нами исследование потребовало научного тандема хирургов-клиницистов и социологов медицины. Цель исследования. Обозначить проблему подготовки НХ для отечественного практического здравоохранения в условиях продолжающейся реформы высшей медицинской школы. Материалы и методы. Последние десятилетия были ознаменованы триумфом малоинвазивной хирургии, задавшей главный вектор эволюции всей хирургической методологии. Стремление обеспечить безопасность

малоинвазивных вмешательств, лишенных классических методов мануального и визуального контроля, переросло в концепцию безопасной малоинвазивной хирургии (safe surgery). В отличие от традиционных «открытых» вмешательств, необходимым условием для занятия эндоскопической хирургией является наличие специальной аппаратуры и инструментария, а также владение специфическими инструментальными мануальными навыками. На сегодняшний день эндоскопическая хирургия не выделена в отдельную специальность, а является разделом каждого из хирургических направлений. Как правило, эндоскопический хирург должен иметь навыки «открытых» хирургических вмешательств, поскольку в ряде случаев интраоперационно возникает ситуация, когда завершение операции или определенного ее этапа требует конверсии. С целью выявления популяционной гипоскиллии среди НХ в аспектах владения ими наиболее распространенными эндоскопическими навыками, в российской социальной сети ВКонтакте, в профессиональной группе «Молодой хирург» (число участников на 21.01.2019г. - 5718 человек), в сетевом пространстве нами начато исследование с использованием сервиса docs.google.com. С целью выявления уровня профессиональной подготовки респондентам был предложен пул вопросов, касающихся рутинных эндоскопических оперативных вмешательств: диагностическая лапароскопия (ДЛ), лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Проинтервьюировано 69 НХ, в возрасте от 27 до 29 лет. По гендерному признаку респонденты распределились следующим образом: мужчины 44 (63,8%), женщины – 25 (36,2%). Рабочее место опрошенных представляло стационары мощностью до 500 коек – 37 человек (53,6%) и мощностью свыше 500 коек - 32 (46,4%). При этом 2-ю квалификационную категорию имели 10 человек (14,5%), не имели категории 36 (52,2%), в процессе получения категории находились 18 человек (26,1%) и не считали необходимым ее получать 5 человек (7,2%). Полученные результаты. Окончив медицинский вуз, пройдя постдипломное обучение (интернатуру и/или ординатуру по хирургии) опыт выполнения ДЛ имели 9 (13%) опрошенных, ЛАЭ - 5 (7,2%), ЛХЭ - 3 (4,3%), ДЛ+ЛАЭ – 4 (5,8%), ДЛ+ЛАЭ+ЛХЭ 12 (17,4%) респондентов соответственно. У 19 (27,5%) опыт ограничивается присутствием на операциях в качестве ассистента и/или камермена (ассистент осуществляющий управление камерой), а 17 (24,6%) не имели никакого опыта эндоскопических вмешательств.

Начав самостоятельную практическую деятельность в качестве НХ в первичном хирургическом коллективе, эти же показатели незначительно возросли. ДЛ - 11 (16%), ЛАЭ - 6 (8,7%), ЛХЭ - 3 (4,3%), ДЛ+ЛАЭ – 14 (20,2%), ДЛ+ЛАЭ+ЛХЭ 15 (21,7%). 20 респондентов (29%), начав самостоятельную практическую деятельность в качестве НХ, либо присутствовали на лапароскопических операциях в качестве ассистента и/или камермена или вовсе не участвовали в лапароскопических вмешательствах. Полученные результаты являются предварительными, в настоящее время исследование продолжается. Однако, по нашему мнению, при увеличении количества респондентов, полученные результаты будут меняться не значительно, поскольку кадровое и техническое обеспечение в большинстве рядовых больниц, в частности, в провинции, имеет ограниченные возможности для развития эндоскопических технологий. Рассматривая вопрос наставничества в первичном коллективе, 21 респондент (30,4%) указал, что они официально были закреплены за заведующим хирургическим отделением, который должен был отвечать за их профессиональную социализацию. У 12 (17,4%) в качестве официального наставника выступал один из ординаторов хирургического отделения. При этом 37 респондентов (53,6%) отметили отсутствие официального института наставничества в первичном коллективе и то, что в их профессионализации никто не был заинтересован. На вопрос «Считаете ли Вы, что в результате происходящих реформ «на западный лад» отечественная медицина потеряла былые свои сильные стороны?» утвердительно ответили 54 (78,3%) и 15 (21,7%) считали, что этого не произошло. В завершении опроса респондентам была предоставлена возможность высказать мнение о том, чего на их взгляд не хватает в обучении НХ и о том, что препятствует их профессионализации. Среди наиболее распространенных причин указывались: отсутствие современных тренажеров; недостаточное количество и недоступность симуляционных центров, что приводит к критической нехватки манипуляционной практики – 29 (42%); отсутствие наставничества и нежелание старших коллег передавать опыт, в связи с отсутствием у них мотивации, в том числе финансовой, а так же юридической ответственности наставников, и их страх доверять НХ выполнение операций – 22 (31,9%). В числе значимых причин была отмечена незаинтересованность администрации медицинских учреждений в профессионализации

НХ (создаваемые препятствия к отправке на стажировки и обучающие курсы) – 18 (26,1%). Обсуждение. Проведенное исследование демонстрирует наличие гипоскиллии у большинства НХ, а также явные системные недостатки этапов подготовки специалистов хирургического профиля. Каждый 1/4 НХ не имеет никакого опыта эндоскопической хирургии после обучения в интернатуре и/или ординатуре. В свою очередь 1/5 НХ не приобретают этого опыта, будучи практикующими хирургами, работая в первичном хирургическом коллективе. Ситуация касается не только эндоскопических навыков. Ранее проведенное нами исследование выявило, что аппендэктомию, которую принято считать операцией профессионального старта, 1/3 НХ выполняют самостоятельно лишь начав работать практикующим хирургом. Не менее настораживает и то, что 1/6 НХ, окончив вуз, пройдя интернатуру и/или ординатуру, не имеют опыта ассистенции при аппендэктомии (Р.В. Мяконький, К.О. Каплунов, С.В. Дронов, 2018). Гипоскиллия как феномен является предиктором профессиональной и юридической уязвимости НХ. Следует признать, что проблема подготовки специалистов хирургического профиля во многом имеет простое «ремесленное» решение. Хирурги по настоящему обучаются не в университете, а в порядке само- и взаимообучения. Хирургическое мастерство передается от учителя к ученику. Хирург-наставник несет тяжелый груз ответственности перед пациентом, его родственниками, администрацией больницы и вуза. Но должна еще существовать ответственность перед обучающимся хирургом за его профессиональную подготовку и перспективу дальнейшего роста. Отметим, что первые шаги введения наставничества, как официального института в медицине предприняты в 2015 г., когда Ассоциацией заслуженных врачей России был сформулирован проект концепции «Наставничество в медицинской среде». Данный проект является значимым, поскольку до его появления в постсоветской медицине, наставничество носило неофициальный характер, и основывалось на традициях конкретного медицинского учреждения. Концепция «Наставничество в медицинской среде» описывает общие принципы наставничества, в то время как наставничество в хирургии имеет свои особенности и нюансы. Как показывают полученные результаты, концепция «Наставничество в медицинской среде» на сегодняшний день носит сугубо формальный характер, а в большинстве медучреждений попросту отсутствует. Необходимо сосредоточить личные усилия всех грамотных

опытных хирургов на обучение молодого поколения хирургов. И профессорско-преподавательский состав медицинских вузов и опытные врачи практического здравоохранения, и сохранившиеся профессионалы в административном медицинском корпусе должны осознать важность этой задачи. Выявленные обстоятельства делают актуальным рассмотрение вопроса о консолидации профессионального сообщества в направлении, как совершенствования подготовки хирургов, так и перед угрозами уголовного преследования со стороны СКР, нарастание которых мы ощутим в ближайшее время. Становится крайне необходимым объединение усилий профессиональных медицинских сообществ в процессе создания эффективной юридической защиты врачей. Если не начать активную работу по подготовке грамотных квалифицированных, способных к самостоятельной работе и к самоусовершенствованию НХ, то кадровый дефицит будет стремительно прогрессировать, что напрямую приведет к угрозе общественной безопасности. Крайне важно сегодня не потерять «хирургическую молодежь» в формировании достойной смены, которая должна обеспечить здоровье россиян через 5-10 лет. Постдипломная подготовка специалистов (интернатура/ординатура) на протяжении последних лет полностью была переведена в ведомство медицинских вузов. Это обстоятельство резко сократило количество клинических баз и привело в известной степени к отчуждению практического здравоохранения от высшей медицинской школы. Несмотря на всю важность амбулаторного звена, поликлиника не может служить полноценной базой первичной специализации НХ. Подходящим местом для профессионального старта НХ могли бы стать крупные центральные районные больницы (ЦРБ), но их кадровое обеспечение и техническое оснащение на сегодняшний день нужно признать крайне недостаточным. Согласно данным отчета Министерства здравоохранения и социального развития РФ за 2011 г. число вакантных врачебных должностей в ЦРБ составило 56610. Учитывая происходящее в медицине, нет оснований полагать что ситуация за истекшие 8 лет изменилась в лучшую сторону. В настоящее время сельская медицина находится в плачевном состоянии, а ЦРБ подверглись тяжелой редукции, возможности их хирургической службы стали крайне ограничены (С.В. Капранов, 2016). Повсеместно появившиеся частные клиники также не могут служить базой для обучения НХ, поскольку их владельцы не заинтересованы в трудоустройстве врачей без

опыта и репутации, к тому же, направленность этих медучреждений на сервисные, эстетические и диагностические услуги не способствуют развитию в них высококвалифицированной экстренной медицины, спасающей жизнь. Единственными подходящими клиническими базами могут стать многопрофильные стационары, но и в них происходят перемены, ведущие к сокращению коечного фонда, а значит и количества врачебных ставок. Выводы. Выходом из сложившейся негативной ситуации может служить создание национального регистра НХ, подготовка соответствующей медико-педагогической литературы, официальное введение института наставничества в первичных хирургических коллективах, приведение нормативно-правовой базы в соответствие с задачами, которые ставятся при подготовке специалистов хирургического профиля, в том числе и положения о клинических базах. Не менее актуальным является развитие механизмов страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в частности НХ. Немаловажным аспектом в решении вопросов повышения качества подготовки хирургов для отечественного здравоохранения, должен стать междисциплинарный подход, при котором разработка и внедрение обучающих программ будет строиться на результатах многоцентровых исследований, которые должны проводиться не только представителями хирургического сообщества, но и социологами медицины, психологами, и педагогическими коллективами медицинских вузов. Рекомендации. Под эгидой Российского общества хирургов (РОХ), в рамках деятельности комитета по образованию РОХ, необходимо обсудить возможность создания национального реестра НХ, основными задачами которого должны стать: мониторинг их профессиональной подготовки и оценка их профессиональной социализации в первичных хирургических коллективах. Кроме того, необходимо введение официальных программ наставничества с отражением результатов коррекции гипоскиллии НХ. Целесообразно поставить перед Минздравом РФ вопрос о создании в системе постдипломного медицинского образования полноценной хирургической резидентуры сроком не менее 5 лет, поскольку институт наставничества является дополнением к ней, но ее не заменяет. Представляется желательным в составе РОХ создание Ассоциации молодых хирургов, которая системно представляла бы интересы НХ. При этом с целью выявления имеющихся проблем при подготовке НХ, опросы

могут проводиться на сайте РОХ, что позволит объективизировать и мониторировать имеющуюся в профессиональном сообществе ситуацию. В свою очередь, РОХ может выступить в качестве высшего представительного органа, методического центра и разработчика единой национальной образовательной концепции подготовки хирургов в России.

276.Современные аспекты хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень

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

Смоленск

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

Актуальность: Хирургическое лечение метастатического КРР (мКРР) остается наиболее эффективным методом, обеспечивающим благоприятные непосредственные и отдаленные результаты лечения. На сегодняшний день краеугольными камнями гепатохирургии мКРР остаются: выбор объема резекции, выбор способа резекции (анатомический и неанатомический вариант), снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности. Материалы и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 68 больных с мКРР в печень. Женщины – 40, мужчины – 28, в возрасте 34–74 (54,1±6,8) лет. Билобарное поражение печени отмечалось у 29 больных. Метахронные метастазы наблюдались у 40 больных, синхронные – у 28. Пациентам проводилось хирургическое лечение как в объеме расширенных резекций (n=52), так и сегменториентированных (n=16). Характеристика пациентов первой группы: правосторонняя гемигепатэктомия (ГГЭ) - 19, расширенная правосторонняя ГГЭ - 14, левосторонняя ГГЭ (лГГЭ) – 16, расширенная лГГЭ – 3. Характеристика пациентов второй группы: бисегментэктомия SVII-VIII – 2, трисегментэктомия SII,III,IVB – 1,

левосторонняя латеральная секциозектомия – 4, правосторонняя латеральная секциозектомия – 2, сегментэктомия SIII – 3. Полностью лапароскопически выполнены левосторонняя латеральная секциозектомия – 2, лапароскопическая резекция SIII – 1. Лапароскопически-ассистированно произведены 2 ЛГГЭ. Синхронные операции с удалением первичной опухоли выполнены у 12 больных: низкая передняя резекция прямой кишки+бисегментэктомия SVII-VIII - 1, передняя резекция прямой кишки + трисегментэктомия SII,III,IVB - 1, правосторонняя гемиколэктомия+ЛГГЭ - 1, правосторонняя гемиколэктомия + неанатомические резекции печени (удаление от 3 до 8 очагов) - 6, резекция сигмовидной кишки + левосторонняя латеральная секциозектомия – 2, левосторонняя гемиколэктомия + резекция SIII - 1. Пятеро пациентов оперировано повторно с рецидивами мКРР. В 2-х случаях при наличии доминирующих очагов в печени и клинически незначимой первичной опухоли применена методика Liver First. Результаты. Непосредственные послеоперационные осложнения составили 36,7% (n=25). Частовстречающимися осложнениями являлись: реактивный плеврит – 12 (17,6%), желчеистечение по улавливающим дренажам – 9 (13,2%), острая печеночная недостаточность – 2 (2,9%), раневая инфекция – 3 (4,4%), кровотечение из культи печени – 1 (1,5%), острая перфорация тощей кишки – 1 (1,5%). Последние 2 осложнения потребовали проведения релапаротомии – 2 (2,9%). Наибольшая часть осложнений отмечалась после обширных резекций печени. Летальность - 1 (1,5%). Отдаленные результаты: трехлетняя выживаемость – 43%, пятилетняя – 28%. Безрецидивная выживаемость – 19%. Обсуждение: выполнение обширных резекций печени (>2 сегментов) сопряжено с большим операционным риском и высокой частотой послеоперационных осложнений; сегменториентированные анатомические резекции допустимы во всех случаях их абластичного выполнения, так как не снижают отдаленной выживаемости. Выполнение «экономных» резекций печени позволяет чаще использовать лапароскопические методы. Лечение синхронного мКРР в один этап представляется интересным, но требует большей подготовки от операционной бригады и компенсированного состояния больного, а так же эти вмешательства ограничены по объему на печени. Выводы: 1. Хирургическое лечение мКРР в печень остается наиболее радикальным методом лечения, позволяющим увеличить продолжительность жизни и повысить ее качество.

2. Одноэтапное хирургическое лечение при рациональном планировании не сопряжено со значимым повышением послеоперационных осложнений и летальности. 3. Лапароскопический метод позволяет значительно снизить травматичность операции, однако требует большей подготовки и материально-технического обеспечения.

277. Минимально инвазивная коррекция панкреатической гипертензии у больных с хроническим панкреатитом

*Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И.,
Кондаков В.И., Мандриков В.В*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболеваемость хроническим панкреатитом (ХП) составляет 27-50 случаев на 100 000 населения. Показания к хирургическому лечению ХП крайне противоречивы, поскольку отсутствует единое мнение о выборе вида оперативного вмешательства. Материал и методы. На кафедре факультетской хирургии ВолГМУ с 2006 по 2018 гг. находились на лечении 83 больных с ХП. Из них мужчин было 59 (71,1%), женщин - 24 (28,9%) пациента. Средний возраст составил 45,8±6,1 лет. Диагноз устанавливали по результатам ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости. Основными причинами развития панкреатической гипертензии (ПГ) являлись вирзунголитиаз и стриктуры терминального отдела вирзунгова протока (ВП). Показаниями для хирургического лечения ХП считали: рецидивирующий болевой синдром и наличие ПГ. Всем пациентам выполнили эндоскопическую вирзунготомию (ЭВТ) со стентированием главного панкреатического протока полиуретановым стентом. Результаты. Основным методом в лечении ХП являлась ЭВТ со стентированием ВП. Литоэкстракцию выполняли при наличии конкрементов в ВП. У 53 пациентов (70,7%)

верифицировали стриктуру терминального отдела главного панкреатического протока, наличие которой считали показанием к выполнению баллонной дилатации. У 34 больных (45,3%) ЭВТ с литоэкстракцией выполнялась однократно и являлась окончательным методом лечения. Деинсталляцию стента из ВП производили через 4-8 недель при отсутствии жалоб. Остальным пациентам в связи с сохраняющимся болевым синдромом, обусловленным ПГ и обтурацией стента выполнили рестентирование ВП. При неэффективности эндоскопического вмешательства, вирзунголитиазе у 19 (22,9%) больных выполнили продольную панкреатоэнтеростомию. У 12 (14,5%) пациентов произвели дуоденумсохраняющую резекцию головки поджелудочной железы. Осложнения ЭВТ и стентирования ВП возникли у 7 (8,4%) пациентов. Острый постманипуляционный панкреатит развился у 4 (4,8%) больных, кровотечение из зоны вирзунготомии – у 2 (2,4%), ретродуоденальная перфорация – в 1 (1,2%) наблюдении. Выводы и рекомендации. ЭВТ и стентирование ВП является эффективным методом лечения ХП. При сохраняющейся ПГ показано выполнение продольной панкреатоэнтеростомии или дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы.

278.Изменение метаболизма и последствия реконструкции бедренно-подколенного сегмента

Урюпина А.А., Иванов М.А., Пуздряк П.Д.,
Артемова А.С.

С. Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Разнообразие вариантов метаболических расстройств отражается на итогах реваскуляризации у больных с периферическим атеросклерозом. Цель исследования – проанализировать взаимосвязь изменений метаболизма с последствиями различных способов реконструкции у пациентов с инфраингвинальной артериальной болезнью (IAD). Материалы и методы. Проанализированы

результаты реконструктивных вмешательств у 253 человек с атеросклеротическим поражением бедренно-подколенного сегмента: 98 открытых операций (ОО), 116 эндоваскулярных воздействий (ЭВ), 39 гибридных реконструкций (ГВ). Изучены нарушения липидного и углеводного обмена, отклонения артериального давления и их ассоциация с негативными последствиями реваскуляризации. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета анализа данных Stata Statistica 10. Использовался критерий Колмогорова-Смирнова для определения нормальности распределения количественных данных. Количественные признаки были представлены в следующем виде: среднее значение $\pm$ стандартное отклонение. Выявление достоверности различий между группами выявляли с помощью непараметрического U-критерия Манн-Уитни (Т-критерия). Описание качественных признаков осуществлялось в виде относительных частот и выражали в процентах. Достоверность распределения качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 . Различия между группами считаются достоверными при $p < 0,05$. Результаты. Открытые операции выполнялись, преимущественно, при незначительных проявлениях хронической сердечной недостаточности. В случае протяженных окклюзионно-стенотических изменений у лиц с выраженными метаболическими расстройствами, преимущественно, использовались ГВ и ОО (в первом случае открытый этап выполнялся по шунтирующей схеме). В группе ГВ максимальная выраженность отклонений метаболического толка (изменения артериального давления) сочеталась с преобладанием критической ишемии (CLI), что могло определить исходы реконструкции. Изменения углеводного обмена наиболее часто обнаруживались у больных из группы ЭВ. В группе ОО констатированы наиболее значимые периоперационные проявления гемодинамической нестабильности и наибольшая кровопотеря ($p < 0,05$), что сказалось на частоте кардиоваскулярных событий, в т.ч. тромбозов оперированного сегмента. Выбор эндоваскулярной коррекции берцового сегмента у больных с CLI положительно сказался на частоте ИШХВ в группе ГВ. Напротив, у пациентов из группы ОО при наличии CLIи выраженных изменений липидного обмена частота послеоперационных осложнений была максимальной ($p < 0,05$). Выводы. Значительные метаболические нарушения у больных с IAD могут определить выбор способа реконструкции в пользу гибридных технологий.

279.Использования лапаролифтинга у пациентов с ЖКБ при неблагоприятном фоне

*Абрамянц М.Х.(2), Дегтярев О.Л.(1,2),
Лагеза А.Б.(1,2), Гончаренко А.В.(1)*

Ростов-на-Дону

- 1) МБУЗ ГБСМП г.Ростова-а-Дону, хирургическое отделение;
- 2) ФГБУ ВО РостГМУ, Кафедра Хирургических болезней ФПК и ППС

Лапароскопические операции в последние годы, широко востребованы в современной хирургии. Однако, как известно, любой метод имеет свои преимущества и недостатки, а так же и осложнения. При анализе осложнений в лапароскопической хирургии внимание уделяется преимущественно «местному статусу». Это привело в свою очередь к совершенствованию алгоритма отбора пациентов с калькулезным холециститом и значительным риском патологических изменений билиопанкреатодуоденальной зоны. Широкое распространение заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма ассоциируется с высокой летальностью и представляет существенную проблему. Коморбидность ограничивает применение лапароскопической техники, в связи с чем, выбор метода создания рабочего пространства в брюшной полости у пациентов с низким компенсаторным резервом сердечно-сосудистой и дыхательной систем является актуальной проблемой современной хирургии. Выбор метода создания рабочего пространства в брюшной полости у пациентов с факторами риска снижения компенсационных резервов дыхательной и сердечно сосудистой систем. Этим соответственно определены цель и задачи исследования. Целью исследования являлось возможность определение эффективности лапароскопических операций путем объективизации выбора метода вмешательства – лапароскопия в условиях напряженного карбоксиперитонеума или лапароскопия с лапаролифтингом. В задачи исследования входило: 1. У пациентов соответствующих критериям включения и исключения, установить факторы риска снижения основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания в условиях повышенного внутрибрюшного давления. 2. Учитывая установленные факторы риска снижения основных показателей деятельности сердца и

внешнего дыхания обосновать алгоритм дооперационного клиничко-инструментального обследования пациента и выбор необходимого способа оперативного вмешательства. 3. Выполнить анализ результатов внедрения в клиническую практику алгоритма определения показаний для выполнения лапароскопических операций в условиях лапаролифтинга. Установить основные факторы риска снижения основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания при повышении внутрибрюшного давления, а так же определить их прогностические характеристики (чувствительность, специфичность, точность). Использование разработанного нами «Способа определения показаний для лапароскопических операций в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга» вносит вклад в расширение представлений о влиянии внутрибрюшного давления на функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, расширяет границы применимости полученных результатов. Метод использован у 74 пациентов (основная группа). У 169 больных использовалась стандартная методика. В этой группе был использован алгоритм дооперационного клиничко-инструментального обследования включающий медику псевдоабдоминальной компрессии и доступные большинству лечебных учреждений функциональные методы исследования. Для определения влияния повышенного ВБД на функции сердечно-сосудистой системы интраоперационно в условиях карбоксиперитонеума амбулаторно при псевдоабдоминальной компрессии и интраоперационно эхокардиографом Acuson 128 XP/10 из стандартных трансторакальных позиций выполнялось УЗИ сердца. Исследовали основные показатели внешнего дыхания: ЖЕЛ (л), ОФВ₁ (л), ОФВ₁ / ЖЕЛ (%) (индекс Тифно), а также интраоперационно регистрировали соответствующие параметры респираторной поддержки и утилизации CO₂. Оценка проводилась в соответствие со стандартным референтными значениями. У 52,7% больных этой группы (39 из 74) рекомендовалась лапароскопическая операция в условиях лапаролифтинга и в 1,4% (1 из 74) холецистэктомия была выполнена при минилапаротомии. Разработанный метод позволил использовать методики предоперационной псевдоабдоминальной компрессии и статистически достоверно улучшить показатели лечения при эндохирургических операциях у пациентов с неблагоприятным фоном.

280. Об обоснованности и безопасности применения интраперитонеальной эндоскопии при экспертной оценке качества оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости

*Мовчан К.Н. (1,2), Татаркин В.В. (1),
Алексеев П.С. (2), Артюшин Б.С. (2)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова»,
- 2) СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Актуальность. Деятельность сотрудников медицинских организаций (МО) во многом оценивается качеством оказываемой ими медицинской помощи (МП). Результаты экспертизы качества медицинской помощи (КМП) особенно значимы в случаях жизнеугрожающих состояний, прежде всего, при заболеваниях хирургического профиля. Поэтому анализ данных об оценке КМП больным с хирургической патологией составляет базисный аспект поиска путей совершенствования управления качеством в здравоохранении. Не составляют исключение и случаи оказания МП посредством миниинвазивных технологий больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (ОХЗОБП). Материал и методы. Изучены результаты экспертной оценки КМП 385 больным, проходившим обследование и лечение в лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга с 2008 по 2018 гг. Наблюдения заболеваний хирургического профиля отмечены в 240 случаях. Абдоминальный профиль патологии констатирован у 72 пациентов. У 55 больных при оказании МП вне стационара подозревалась патология группы «острый живот» или при госпитализации устанавливался диагноз ОХЗОБП. В 17 случаях обследование и лечение больных проводилось в плановом порядке, однако с неблагоприятным в раннем послеоперационном периоде. Идентифицированы две подгруппы исследования: случаи применения при оказании МП лапароскопических технологий (ЛТ) и наблюдения, при которых интраперитонеальная эндоскопия не осуществлялась. Полученные результаты. В целом, необходимость коллегиальной экспертной оценки КМП и безопасности применения ЛТ целенаправленно при

абдоминальной патологии возникает в 1/3 случаев (23 из 72). В 18 наблюдениях оценка КМП обуславливалась изначальным подозрением или констатацией ОХЗОБП. В 5 случаях ЛТ применены при неблагоприятном со стороны живота у пациентов, которым МП оказывалась планово (17) как по причине осложнений основных заболеваний и операций, первично выполненных на органах брюшной полости. Обсуждение. Выявлено, что при проведении экспертизы КМП при заболеваниях по профилю «абдоминальная хирургия» особенностями оценки КМП оказываются: значительная частота случаев проведения экспертизы КМП при осложнениях основных заболеваний; экспертиза КМП при ее проведении в экстренном и скоромощном режимах; необходимость обоснования заведомо травмирующих технологий с высоким риском ятрогении; учет влияния на исход патологического процесса многокомпонентной и длительной реабилитации пациентов после операции. Выводы: при экспертизе КМП у больных хирургической патологией органов брюшной полости необходимо учитывать данные об использовании/неиспользовании лапароскопических технологий. Обоснованность применения эндоскопической методики в процессе обследования и лечения больных должна оцениваться специалистами в области абдоминальной эндоскопической хирургии. Рекомендация: при многогранности (сложности) конкурирующей и сопутствующей патологии оценка целесообразности и качества применения миниинвазивных технологий в абдоминальной хирургии должна осуществляться при коллегиальном обсуждении случаев с участием специалистов нескольких профилей оказания МП, в том числе и представителей нехирургических специальностей.

281. Некроз двенадцатиперстной кишки*Климов Д.Е.*

Новомосковск

ГУЗ "Новомосковская городская клиническая
больница"

В своей практике и в изученной литературе мы впервые встретились с некрозом двенадцатиперстной кишки, как осложнением резекции желудка по Бильрот II. Приводим клинический случай. Больной И. 63-х лет поступил в хирургическое отделение по экстренным показаниям спустя неделю от начала заболевания с жалобами на многократную рвоту, отсутствие стула и газов, слабость. При обследовании по данным гастроскопии выявлена обширная язва луковицы 12-ти перстной кишки с компенсированным стенозом. На вторые сутки стационарного лечения у больного развилось язвенное кровотечение тяжёлой степени с падением гемоглобина до 84г/л. При гастроскопии кровотечение Форрест IIB, выполнен эндоскопический гемостаз. В связи с высоким риском рецидива кровотечения на 3-и сутки в срочном порядке больному выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II. На операции имела пенирация хронической язвы луковицы 12-ти перстной кишки в головку поджелудочной железы. На 7-и сутки послеоперационный период осложнился перитонитом, что потребовало релапаротомии. На операции во всех отделах брюшной полости около 1л. мутного жёлто-коричневого выпота с фибрином. Гастроэнтероанастомоз состоятельный. Культи 12-ти перстной кишки грязно-бурого цвета, дряблая. Швы на культе состоятельные. В 5см. проксимальнее дуоденоюнального изгиба 12-ти перстная кишка чёрного цвета с перфорацией 1,5см., из которой активно поступает дуоденальное содержимое. На поверхности головки поджелудочной железы в зоне мобилизации язвы и пенирации имеются поверхностные очаги некроза белого цвета общей площадью около 3см². Остальная поджелудочная железа не изменена. Гепатодуоденальная связка инфильтрирована. Линейным сшивающим аппаратом на 3см. проксимальнее гастроэнтероанастомоза пересечена приводящая кишка. Аппаратом гармонический скальпель выполнена мобилизация 12-типерстной кишки. На всём протяжении 12-ти перстная кишка грязно-бурого цвета, дряблая.

Кишка рассечена продольно. Визуализирован большой дуоденальный сосок размерами 0,5х1см. Канюляция БДС пуговчатым зондом свободная. Электроножом рассечена крыша БДС, выполнена папиллосфинктеротомия. Из ампулы БДС свободно поступает светлая желчь. Слизистая оболочка 12-ти перстной кишки на 1,5см. вокруг БДС розового цвета, а дальше резка цианотична. 12-ти перстная кишка отделена от головки поджелудочной железы, иссечена с оставлением жизнеспособного участка 1,5х2см. по периметру от рассечённого БДС. Сформирован папиллоэнтероанастомоз на отключенной по Ру петле тонкой кишки. Холедох дренирован по Флеркену наружным транскишечным дренажом. Операция завершена дренированием и ушиванием брюшной полости. Гистологическое заключение: двенадцатиперстная кишка с некрозом стенок. В послеоперационном периоде на 9-е сутки после релапаротомии по данным УЗИ выявлено жидкостное скопление в правом подреберье, что потребовало его дренирования и холецистостомии под УЗИ контролем. Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. Все дренажи удалены. Срок стационарного лечения составил 61 койко-день. Обсуждение и выводы. Представленный случай интересен своей редкостью. Неясность этиологических факторов, приведших к некрозу всей двенадцатиперстной кишки с перфорацией требует дальнейшего сбора материала о подобных случаях с их анализом и выработкой мероприятий по профилактике осложнения. Выбранная хирургическая тактика позволила ликвидировать осложнение и может быть использована в подобных ситуациях.

282. Наш опыт и сравнительный анализ эндоскопических методов герниопластики при паховых грыжах

*Толочик Вадим (Tolochyk Vadim), Воронцов Олег
(Vorontsov Oleg), Дюкма Мухазель (Dykta Michel),
Кристиан Грэб (Christian Graeb)*

Хоф (Hof), Германия (Germany)
Сана Клиникум Хоф (Sana Klinikum Hof)

Введение: Выбор способа герниопластики паховых грыж был и остается предметом дискуссии мировой хирургии. Несмотря на то, что на протяжении последних десятилетий в лечении паховых грыж произошли революционные изменения: внедрение в хирургическую практику ненапряжной протезирующей герниопластики по Лихтенштейну и применение эндоскопических техник TAPP и TEP, хирурги общего профиля все еще на пути поиска наиболее оптимальной пластики пахового канала. Цель: Задачей нашего исследования является оценка эффективности и безопасности применения трансперитонеальной (TAPP- Transabdominal preperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair) и полностью экстраперитонеальной (TEP Totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair) герниопластик. Материалы и методы: За период с 2015 по 2018 г. в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии города Хоф (подразделение университетской клиники Нюрнберг-Эрланген, Германия) было выполнено 155 герниопластик методикой TAPP (в 29 случаях грыжи были билатеральными, в 12 рецидивы грыжи, после ранее выполненных открытых вмешательств) и 37 грыжесечений методикой TEP (в 2 случаях рецидивы, в остальных случаях односторонние грыжи). Изучены технические особенности пластик, проведена оценка интраоперационных и послеоперационных осложнений в раннем периоде и через год после вмешательства. Средняя продолжительность операции TEP составила 52,3 мин. Устанавливалась сетка UltraPro 15x10 см и дренаж Робинсона. В группе TAPP средняя продолжительность операции составила 62,5 мин. У этих пациентов использовалась самофиксирующаяся сетка ProGrip 9x15 см. Конверсия, при обеих методиках, не потребовалась. Частота интраоперационных осложнений в обеих группах была нулевой. Общая частота послеоперационных осложнений составила, у больных после TEP, 13,5%. К ним относятся: послеоперационная гематома брюшной стенки (3) и

рецидив грыжи (2). В группе TAPP отмечены также два рецидива через год после операции. Количество послеоперационных сером/гематом составило 7. Общая частота послеоперационных осложнений составила в этой группе 4,52%. Выписка больных, после TEP и TAPP, осуществлялась в 97% случаях на следующий день после операции. У большинства пациентов из обеих групп послеоперационный болевой синдром составлял максимально 1-2 балла по 10-ти бальной шкале. Выводы: В соответствии с результатами исследования: частота рецидивов и послеоперационных осложнений, наиболее предпочтительным методом лечения большинства видов паховых грыж, в нашей клинике, является лапароскопическая паховая герниопластика TAPP.

283.Трехэтапный подход в лечении несостоятельности линии степлерного шва после лапароскопической продольной резекции желудка

*Хитарьян А.Г., Старжинская О.Б.,
Межунц А.В, Орехов А.А., Завгородняя Р.Н.,
Велиев К.С., Ковалёв С.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "РостГМУ"

Несостоятельность зоны степлерного шва в желудке после лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ) является серьезным осложнением, требующим длительного лечения. Сообщаемая частота несостоятельности линии степлерного шва после ЛПРЖ колеблется от 0,5 до 5 %. Этот вид осложнения требует немедленного лечения, поскольку угрожает жизни пациента. На данный момент не существует клинических рекомендаций по тактике хирурга при возникновении такого осложнения. Мы представляем клинический случай несостоятельности зоны степлерного шва и наш трёхэтапный подход к лечению. 33-летний мужчина с ожирением (индекс массы тела [ИМТ] 49,28 кг / м²) перенёс ЛПРЖ в нашей клинике. Была выполнена стандартная хирургическая техника

ЛПРЖ. После формирования желудочного рукава, линия степлерного шва была укреплена наложением армирующего шва нитью Пролен 2-0. На 6-ой день после операции у пациента отмечались тахикария, повышение температуры тела и боли в животе. Контрастная компьютерная томография брюшной полости и таза выявила протечку из желудочного рукава и скопление жидкости в левом верхнем квадранте. На первом этапе пациенту была сделана ре-лапароскопия, энтеростомия для кормления, с наложением энтеро-энтероанастомоза по Брауну, установлен дренаж в зону протечки, назначена антибактериальная терапия, ингибиторы протонной помпы и нутритивная поддержка. Вторым этапом, после стабилизации состояния пациента, было проведено эндоскопическое стентирование съёмным покрытым силиконом стентом. Через 8 недель в зоне протечки сформировался свищ диаметром 3 мм и стент был удален. Третьим этапом применяли двухкомпонентный фибриновый клей, российского производства в объёме 4 мл. Для окклюзии свища использовали интралюминальную систему доставки клея и эндоскоп. После процедуры отделяемое по улавливающему дренажу отсутствовало. Через 10 дней наблюдений, дренаж удалили и закрыли энтеростому. Общее время лечения составило 9,5 недель. Этот случай иллюстрирует факт, что поэтапное лечение таких пациентов должно быть мультидисциплинарным и включать адекватные сроки. Важными факторами успешного лечения являются обеспечение адекватного питания пациента через энтеростому и перевод острого процесса в хроническую фистулу, её последующей окклюзией.

284. Выбор хирургических методов лечения гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита.

*Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р.,
Курмансеитова Л.И., Салпагаров Ш.Р.*

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет.

Диагностика и хирургическое лечение больных с острым панкреатитом являются одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии. В последние десятилетия на базе ГБУЗ СК «Ставропольской краевой клинической больницы», в лечении больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита предпочтение стали отдавать малоинвазивным методам лечения. За последние 5 лет проведено лечение 148 больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита. Среди осложнений преобладали абсцессы сальниковой сумки 60.2%, распространенный гнойный перитонит 18.7%, флегмона забрюшинного пространства 12.1%, сочетание гнойных осложнений у 9%. Подавляющее число больных 100 (67.57%) были переведены на 2 – 3 – й неделе от начала заболевания из районных и городских больниц края по линии санитарной авиации. С 2014 – 2015 года с накоплением опыта комбинированного использования навигационных технологий (ультразвуковых, рентгенологических, компьютерно – томографических), в клинике стали активно использовать оригинальную методику этапных некрсеквестрэктомии с применением специальных дренажных устройств до полного купирования гнойно – некротического процесса. Под УЗ контролем после выявления жидкостного образования выбирался путь, при котором невозможно повредить близлежащие органы. При помощи иглы 18 гж проводится пункция образования с последующим контрастированием полости. Далее на жестком проводнике выполняем бужирование канала с последовательной заменой дренажа от 8 до 12 френч. Данная методика успешно применена у 40 (27.03%) больных с благоприятным исходом. Из них 18 пациентам (45%) удалось в дальнейшем избежать традиционных открытых хирургических вмешательств. Применение малоинвазивных хирургических методов лечения (пункционно-дренажных методов под УЗ – и МСКТ – контролем) деструктивного

панкреатита позволило существенно сократить частоту инфицирования, избежать традиционных открытых хирургических вмешательств, существенно сократить количество проводимых открытых этапных санаций и некрсеквестрэктомий. 22 (55%) пациентам не удалось разрешить гнойно – некротический процесс малоинвазивными методами хирургического лечения. Все они в последующем были оперированы традиционными хирургическими открытыми методами лечения, но уже в более благоприятных условиях на фоне стабилизации общего состояния больных. Традиционные открытые хирургические методы лечения наиболее актуальны при появлении распространенных гнойных осложнений на поздних этапах заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение малоинвазивных технологий при лечении распространенных гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита не всегда позволяют провести адекватную ревизию, некрсеквестрэктомию из клетчаточных пространств в сложных анатомических условиях. Показаниями к пункционно – дренирующим лечебным чрескожным вмешательствам при гнойных осложнениях острого деструктивного панкреатита следует относить: ограниченные жидкостные скопления в области сальниковой сумки, а также в забрюшинном пространстве, формирующиеся постнекротические псевдокисты, сформированные псевдокисты при наличии небольших тканевых включений, рецидивные и резидуальные псевдокисты и жидкостные скопления брюшной полости. Противопоказаниями для применения малоинвазивных методов хирургического лечения являются крупные секвестры с минимальным жидкостным компонентом, отсутствие четкой визуализации зоны поражения, признаки кровотечения в полость жидкостного образования, распространенный гнойный перитонит. Использование дифференцированного подхода к использованию активных методов дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства у больных с распространенными формами инфицированного панкреонекроза позволило уменьшить частоту осложнений более чем в 2 раза и снизить летальность до 10,5%.

285. Ретромулярный доступ в хирургии паховых грыж

Бусырев Ю.Б., Шалыгин А.Б., Бабаянц А.В.,
Гинойн С.Л.

Москва

ГБУЗ «ГКБ им. Давыдовского И.В. ДЗМ»

Цель исследования. Определить возможности enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique при пластике пахового канала, его возможность симультанного использования в абдоминальной хирургии. Материалы. Методика лапароскопической enhanced view экстраперитонеальной герниопластики активно внедряется в мировую практику с 2008 года. Методика предполагает использование для работы в предбрюшинном пространстве ретромулярного доступа. Это позволяет получить улучшенный обзор для выполнения герниопластики, удобно вводить троакары с сохранением сектора триангуляции для манипулирования в зоне интереса. В 2018 году было прооперировано данной техникой 115 больных, причем у 38 из них пластика выполнена с 2 сторон. Гендерная структура: мужчин 106, женщин – 9. У 6 односторонние рецидивные (оперированные ранее традиционно). В 14 случаях выполнялись симультанные операции: у 6 – e-TEP лапароскопическая герниопластика пупочной грыжи, у 2 лапароскопическая e-TEP герниопластика диастаза прямых мышц живота. У 16 больных имелись перенесенные срединные лапаротомии по поводу различных заболеваний. Операции выполнялись у всех больных из 3 портов, при симультанных грыжах другой локализации из 4. Предбрюшинная клетчатка дренирована у 13% больных. Время герниопластики варьировало от 38 мин до 2,2 часа, среднее – 47,5 мин.. Использовались сетки «Parietex», «Prolene», «Parietene», «Ultrapro» размером 12x15 см. Преимущественный вид анестезии – эндотрахеальный наркоз, в 3 случаях – спинальная анестезия. Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 3 больных после больших пахово-мошоночных грыж. У больных образовались серомы в предбрюшинном пространстве в ложе бывшего грыжевого мешка. Во всех случаях пункционно удалось полностью устранить развившиеся осложнения. Всем больным перед выпиской, через 10 дней после операции и

через 1 мес выполнялось УЗИ на предмет определения положения сетки и наличия сером. Средняя длительность госпитализации составила 2,5 дня. Ближайшие результаты лечения оценены методом анкетирования, во всех случаях отмечен хороший результат, в 2 – удовлетворительный. Группой сравнения явились результаты анкетирования 156 больных, оперированных в 2016-2017 годах трансабдоминальной лапароскопической техникой (ТАРР). В группах было сравнимо количество больных по типу грыж, возрасту и гендерному составу. Значимых отличий по результатам анкетирования не выявлено. Применение enhanced view экстраперитонеальной герниопластики позволило оперировать 3В и 4 типы грыж полностью внебрюшинно, у пациентов имеющих существенный коморбидный фон применить спинномозговую анестезию. Выводы и рекомендации. eTER – герниопластика является эффективным способом лечения паховых грыж любых типов. eTER позволяет увеличивать хирургическое поле в предбрюшинном пространстве, не чувствителен к случайной париетализации, при данной технике легче выполнять диссекцию при больших грыжевых мешках, она быстрее осваивается, чем TER. В ряде случаев нет необходимости фиксировать анатомическую сетку. ТАРР – методика при паховых грыжах Nyhus 3В и рецидивных – 4А, 4В не имеет преимуществ перед eTER. Мануальный «комфорт» для хирурга при eTER очень близок к трансабдоминальной герниопластике. Владение eTER техникой, помимо ТАРР, на наш взгляд улучшает индивидуальный подход к лечению разного вида грыж, увеличивает возможности видеолапароскопического доступа в разных клинических ситуациях.

286. Выбор методики ICG-навигации при лапароскопической холецистэктомии

*Марийко В.А., Демченко И.Н.,
Буравцова Д.К., Вольнягина А.С.,
Фатенко С.Н.*

Тула

Тульский государственный университет,
медицинский институт.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является хорошо разработанным хирургическим вмешательством, но у ряда больных эта операция сопряжена со значительными трудностями. В настоящее время появилась возможность визуализации желчных протоков с помощью использования флуоресценции. Цель исследования: оценка вариантов ICG-навигации при выполнении ЛХЭ. Для достижения эффекта флуоресценции использовался краситель индоцианин зеленый (ICG) и набор оборудования фирмы "KARL STORZ", Германия. ЛХЭ с использованием флуоресцентного ICG-изображения нами была выполнена у 16 пациентов, женщин 13 и 3 мужчин, средний возраст составил 57,5 лет. По поводу хронического калькулезного холецистита оперированы 11 больных и острого – 5. У 6 пациентов ICG вводился внутривенно за 6-10 часов до операции в количестве 25мг разведенных в 10мл воды для инъекций. Во всех случаях была достигнута хорошая визуализация внепеченочных желчных протоков, тогда как флуоресцентный фон печени был незначительным. У 2 пациентов из данной группы ICG не поступил в желчный пузырь и пузырный проток из-за облитерации последнего. У 5 больных ICG вводился внутривенно за 30-60 мин. до выполнения ЛХЭ, при этом у 2 пациентов не была достигнута визуализация внепеченочных желчных протоков. У всех больных этой группы имелась выраженная фоновая флуоресценция печени. В третьей группе – 5 больных, ICG вводился только в желчный пузырь после его пункции, при этом была достигнута хорошая визуализация пузырного протока, а у 2 больных ICG поступил в холедох. У 2 пациентов данной группы ICG был введен в холедох через пузырный проток и достигнута хорошая визуализация. Таким образом, наш опыт показывает, что перспективным является введение ICG непосредственно в желчный пузырь и желчевыводящие протоки так как эта методика

может использоваться при непредвиденных трудностях во время выполнения ЛХЭ.

287.Метод УЗ-контрастного наложения карбоперитонеума при лапароскопическом адгезиолизисе

Степанюк А.А., Степанюк А.Ф.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» г. Могилева

Актуальность: Проблемы безопасного наложения карбоперитонеума и введения инструментов при лапароскопических операциях, у пациентов, после перенесенных лапаротомных вмешательств в анамнезе, всегда сохраняли свою актуальность, так как при этом оставался высокий риск повреждения органов брюшной полости. Материалы и методы: В исследование были включены 42 пациента, которым был выполнен лапароскопический адгезиолизис (ЛА) по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) в УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» г. Могилева. Мужчин было 14 (33,3%), женщин – 28 (66,7%). В группу «А» вошли 23 пациента, которым был выполнен стандартный адгезиолизис с использованием стандартных тестов и методов для безопасного наложения карбоперитонеума. В группу «Б» - 19 пациентов, которым проводился УЗ-контролируемое наложение карбоперитонеума. ЛА с УЗ-контролируемым этапом наложения карбоперитонеума и введения первого троакара мы использовали при наличии клинических, рентгенологических и ультразвуковых признаков кишечной непроходимости, сроках госпитализации пациентов с ОСКН в стационар до суток от начала заболевания, распространенности спаечного процесса в брюшной полости не выше 2 степени. Первым этапом выполнения ЛА в группе «Б» было определение «акустического окна» для наложения карбоперитонеума. После проведения обзорного УЗИ органов брюшной полости исследуемый выпивал 250 мл многокомпонентной УЗ-

контрастной смеси. В дальнейшем проводилось динамическое УЗИ проходимости тонкой кишки и параллельно поиск свободного от подпаянных петель кишки мест («акустических окон») на передней брюшной стенке для безопасного введения иглы Вереша и первого троакара в брюшную полость. Вторым этапом было УЗ-контролируемое введение иглы Вереша в брюшную полость. В проекции «акустического окна» выполняли разрез кожи длиной до 10,0 мм. Иглу Вереша вводили в брюшную полость под контролем УЗИ. Использовали линейный ультразвуковой датчик частотой 7,5 МГц. Иглу Вереша помещали в плоскость сканирования и продвигали ее в направлении внутрь брюшной полости. Контраст в расширенных петлях тонкой кишки позволял визуализировать прилежащие к передней стенке кишки, что позволяло избежать повреждения. Третьим этапом - УЗ-контролируемое введение в брюшную полость углекислого газа (наложение карбоперитонеума). После проведения иглы Вереша, при помощи электронного инсуффлятора, углекислый газ подавался в брюшную полость. Подача газа, с целью исключения повреждения внутренних органов брюшной полости, инсуффляции газа в прядь большого сальника или просвет кишки также проводилось под ультразвуковым контролем. При достижении уровня давления газа в животе не менее 12 мм рт. ст., что контролировалось данными на панели инсуффлятора, игла Вереша извлекалась. Дальнейшие этапы проводились, как и при стандартном ЛА. Полученные результаты и обсуждение: 10 (23,8%) пациентам группы «А» потребовалась конверсия. Причиной были выраженное вздутие петель кишки, десерозация стенки тонкой кишки, кровотечение из большого сальника. Средняя длительность операции в группе «А» при конверсии составила 54,6 минуты (25% – 75% = 40 – 60, min 15, max 130). Средний койко-день в стационаре после конверсии составил 8,3 дня. В исследуемой группе «Б» Средняя длительность операции – 38,9 минуты (25% – 75% = 30 – 45, min 25, max 65). Средний койко-день в стационаре составил 7,2 дня. Осложнений после операции не было. Выводы и рекомендации: Применение разработанного способа ультразвукового-контролируемого этапа наложения карбоперитонеума позволяет избежать конверсий во время оперативных вмешательств, осложнений, сократить время выполнения операций и сроки нахождения пациентов в стационаре при острой спаечной кишечной непроходимости.

288.Тотальная предбрюшинная пластика в лечении больных с двусторонними паховыми грыжами

Елхов И.В., Капустин Б.Б., Баженов А.А.

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия

Цель исследования: уточнение показаний к выполнению двусторонней экстраперитонеальной пластики у пациентов с паховыми грыжами. С 2017 года по настоящее время в клинику кафедры госпитальной хирургии БУЗ УР «2-я ГКБ МЗ УР» обратилось 14 пациентов мужского пола трудоспособного возраста с двусторонней локализацией паховой грыжи. С целью выбора способа хирургической коррекции всем пациентам выполнено предоперационное ультразвуковое исследование паховых каналов и проведена оценка степени выраженности дисплазии соединительной ткани (ДСТ). В качестве критериев выраженности ДСТ были выбраны следующие признаки: расчет индекса массы тела (ИМТ); гипермобильность суставов по методу С.Сартер и J. Wilkinson в модификации Р. Beighton; наличие грыжи у родственников первой линии родства; варикозная болезнь нижних конечностей; эластичность кожи; плоскостопие и hallux valgus; арахнодактилия. В соответствии с диагностическими критериями ДСТ Милковска-Дмитровой и Каркашова, дисплазия соединительной ткани с присутствием 2 главных признаков обнаружена у всех пациентов. Двусторонняя локализация паховой грыжи клинически проявилась у 10 больных. У остальных 4 пациентов ультразвуковое исследование подтвердило расширение внутреннего пахового кольца с формированием канальной паховой грыжи на противоположной стороне. С учетом полученных данных, принято решение об одномоментной хирургической коррекции ТЕР-технологией. Операция произведена через типичные точки доступа с установлением сетчатых полипропиленовых эндопротезов 10х15см без интраоперационных осложнений. В раннем послеоперационном периоде болевой синдром не выражен, физическая активность со 2-х суток после операции. Таким образом, пациентам с двусторонней локализацией паховой грыжи и выраженной дисплазией соединительной ткани,

целесообразна одномоментная хирургическая коррекция ТЕР-технологией.

289.Минимально инвазивные вмешательства при многоуровневом атеросклеротическом поражении и риск тромботических осложнений

*Лысенко К.С., Иванов М.А., Пуздряк П.Д.,
Сухарева Ю.В., Артемова А.С.*

С. Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Многоуровневая разновидность периферической артериальной болезни (MPAD) представляет определенные трудности для оперативного лечения в связи с травматичностью вмешательства и значительным числом осложнений. Целью настоящего исследования явилась оценка взаимосвязи между вариантами реваскуляризации при MPAD и проходимость оперированных сегментов. Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 219 пациентами с MPAD, которым выполнялись конвенциональные вмешательства (ОО – 23 человека), эндоваскулярные воздействия (ЭВ – 143 пациента) и гибридные операции (ГВ – 53 человека). Анализировались обстоятельства риска периоперационных осложнений, выраженность метаболических нарушений и итоги оперативных вмешательств. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета анализа данных Stata Statistica 10. Использовался критерий Колмогорова-Смирнова для определения нормальности распределения количественных данных. Количественные признаки были представлены в следующем виде: среднее значение $\pm$ стандартное отклонение. Выявление достоверности различий между группами выявляли с помощью непараметрического U-критерия Манн-Уитни (Т-критерия). Описание качественных признаков осуществлялось в виде относительных частот и выражали в процентах. Достоверность распределения качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 . Различия между группами считаются достоверными при

$p < 0,05$. Результаты. Оперированные больные из группы ГВ имели наиболее высокий периоперационный риск оперативного вмешательства по ASA, что не отразилось на частоте осложнений. Среди лиц, перенесших ОО и ГВ отмечалась максимальная протяженность окклюзионно-стенотического поражения ($p < 0,05$). На итоги оперативных вмешательств оказывала влияние величина кровопотери: она была наибольшей в группе ОО ($p < 0,05$). Первичная проходимость оперированных сегментов в течение 30 суток была минимальной в группах ЭВ и ОО (75,5% и 78,2% соответственно). Данное обстоятельство отразилось на частоте повторных вмешательств (17,4% и 23,7%) и ампутаций (8,7% и 4,2%: соответственно) в указанных группах. В группе ГВ первичная проходимость составила 100%. Обсуждение. Различия в первичной проходимости оперированных сегментов между клиническими группами обусловлены возможностью реконструировать пути притока и оттока при использовании гибридных технологий. Выводы. Вероятность тромботических осложнений у больных МРАД в случае использования конвенциональных или эндоваскулярных воздействий определяется ограниченными возможностями реваскуляризации на уровне всех пораженных сегментов.

290.Нарушения дистального желчеоттока у пациентов с желчнокаменной болезнью

Капустин Б.Б. (1), Переин М.Д. (2),
Елхов И.В. (1,2), Баженов А.А. (1)

Ижевск

1. ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия
2. БУЗ УР "2-я ГКБ МЗ УР"

Цель исследования – изучить частоту поражений терминального отдела холедоха у пациентов, нуждающихся в оперативном лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ). Проанализирована клиническая ситуация у 28 пациентов с ЖКБ, доставленных для оперативного

лечения в клинику госпитальной хирургии БУЗ УР «2-я ГКБ МЗ УР». Первую группу составили 20 пациентов с клиническими и анамнестическими признаками нарушения желчеоттока: желтушность кожи и склер в момент поступления или в анамнезе; при ультразвуковом исследовании выявленное расширение супрадуоденального отдела холедоха от 0,8 до 1,35 см; наличие конкрементов в дистальном отделе холедоха (6 больных); билирубинемия до 126 мкм/л с повышением уровня щелочной фосфатазы со средним значением 1069 ед/л. При выполнении магнитнорезонансной холангиопанкреатографии (МРПХГ), у всех больных подтверждены признаки желчной гипертензии и в сравнении с предшествующим ультразвуковым исследованием в 2 раза возросла диагностика присутствия конкрементов в общем печеночном и желчном протоках. Вторую группу составили 8 женщин с избыточной массой тела (ИМТ-26,86±0,89) и ожирением (ИМТ-35,02±3,1) со средним возрастом 57 лет. В момент поступления видимые кожные покровы и слизистые физиологической окраски, в анамнезе эпизодов желтухи больные не отмечали. Общий билирубин определен со средним значением 12,0 мкм/л; щелочная фосфатаза не превышала 300 ед/л. При неоднократном предоперационном ультразвуковом исследовании максимальный диаметр холедоха не превышал 8,0 мм; среднее значение оставалось на уровне 6,0 мм. В 4 исследованиях ультразвуковые данные не исключали холедохолитиаз в виде дополнительных теней до диаметром 0,3-0,5 см в просвете холедоха. Проведенная МРПХГ позволила выявить признаки желчной гипертензии у 6 (75,0%) пациентов; подтвердить холедохолитиаз у 5 (62,5%) пациентов. Таким образом, у пациентов группы риска с длительно существующей ЖКБ целесообразно выполнение МРПХГ для своевременного выявления патологии терминального отдела холедоха и последующего выбора способа малоинвазивной оперативной коррекции.

**291. Причины рецидива скользящей грыжи
пищеводного отверстия диафрагмы после
лапароскопической фундопликации**

*Шнейдер В.Э. (1,2), Бродер И.А. (2),
Иванов В.В. (2), Янин Е.Л. (1,2),
Кобелев М.В. (1,2), Хашимов Б.Б. (2),
Ганжара И.С. (2), Агасиев М.В. (2),
Алекберов Р.И. (1)*

Тюмень

1) ФГБОУ ВО ТюмГМУ,
2) ГБУЗ ТО ОКБ №1

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по распространенности занимают одно из ведущих мест в современной гастроэнтерологии. Несмотря на многолетний опыт антирефлюксных операций, процент рецидивов после различных видов фундопликаций остается достаточно высоким от 12 до 30, а при анализе долгосрочных результатов (3-5 лет) количество рецидивов, по некоторым данным, достигает до 50%. Основными причинами рецидива ГПОД после фундопликации считают прорезывание швов на ножках диафрагмы и при формировании желудочной манжеты, соскальзывание фундопликационной манжеты и повторные операции. Имеются данные, что в отдаленном периоде количество рецидивов не зависит от методики и хирургического доступа. Поэтому риск развития осложнений связан с исходными или предрасполагающими факторами, такими как, стигмы эмбриогенеза (признаки дисплазии соединительной ткани), избыточная масса тела, сахарный диабет, хронические заболевания легких и другие факторы. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 147 пациентов с ГПОД, в ГБУЗ ТО ОКБ №1 г. Тюмень в период с 2016 по 2017 год. В исследование включены больные, которым выполнена в плановом порядке лапароскопическая фундопликация и крурорафия. Укрепление сеткой не использовали. Проведен сравнительный анализ причин и факторов риска рецидива в двух группах. В первую группу вошли пациенты с рецидивом ГПОД, а вторую группу составили пациенты без рецидива в течении года после операции. Проанализированы причины рецидива. Изучены возрастные особенности, гендерные признаки, стигмы дисэмбриогенеза (наличие грыж, патология скелета, сосудов, дивертикулы и т.д.) и

коморбидный фон (ожирение, СД, другая сопутствующая патология). Результаты. Средний возраст пациентов составил 59,3 лет, диапазон 32-85 лет. В исследуемой группе преобладали женщины (72,4%). У 27 (18,4%) прооперированных пациентов выявлен рецидив после лапароскопической эзофагофундопликации. Установлено, что причинами рецидива, в 8 случаях (29,6%) послужила несостоятельности манжеты, у 4 пациентов (14,8 %) несостоятельность швов на ножках диафрагмы, в 10 случаях (37 %) растяжение ПОД при правильно выполненной крурорафии и сохранение швов, у одного пациента (3,7 %) прорезывание швов произошло из-за несоблюдения режима (поднятие тяжести через месяц после операции), в остальных случаях причина не определена. Повторные вмешательства у 26 пациентов выполнены лапароскопически, только в одном случае потребовалась открытая операция. В 18 случаях выполнено ремоделирование манжеты: по Nissen - 7, Toupet – 11. У 9 пациентов ограничились наложением дополнительных швов на ножки диафрагмы. Укрепление сетчатыми имплантами не использовали. В группу сравнения вошло 120 человек (без рецидива). При проведении сравнительного анализа не было выявлено различий по полу, возрасту, методике операции ($p>0,05$). Наиболее сильная связь определена с влиянием на рецидив грыжи избыточной массы тела. Так ИМТ более 30 выявлен у 48,1% в первой группе и только у 18,3% в группе сравнения ($p=0,002$). Из фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани наиболее часто встречался в группе с рецидивами факт наличия в анамнезе грыж различной локализации в 29,6% случаев, во второй группе этот фактор риска встретился у 9,2% человек ($p=0,011$), также сочетание 3 и более стигм эмбриогенеза у 18,5% при рецидивах и у одного пациента (0,8%) в группе сравнения ($p<0,001$). При анализе сопутствующей патологии оказалось преобладание в первой группе пациентов с сахарным диабетом – 14,8% против 5,8%, хотя разница статистически не значима ($p=0,23$). Таким образом, мы не выявили влияние методики фундопликации на возникновение рецидива грыжи, а наиболее значимыми факторами риска возникновения рецидива ГПОД после лапароскопической эзофагофундопликации оказались ИМТ более 30, наличие грыж другой локализации в анамнезе и сочетание 3 и более стигм эмбриогенеза.

292. Разработка биоклея для соединения грудины после стернотомии*Соколова В.В., Леонтьева К.А., Щукин М.Р.*

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Проблема инфекционных осложнений после операций со стернотомическим доступом остается одной из важнейших в торакальной и кардиохирургии. Послеоперационные осложнения после стернотомии составляют до 6,0%. Летальность при медиастинитах, по разным исследованиям, составляет 10-37%. Метод соединения грудины играет немаловажную роль в развитии этих осложнений. На сегодняшний день существуют различные методы соединения грудины – шов стальной проволокой в различных вариациях его наложения, металлические хомуты, пластиковые лигатуры, перфорированные пластины, фиксаторы из сплава титана. Все существующие методы имеют преимущества и недостатки, и становится ясно, что оптимального метода, отвечающего всем критериям остеосинтеза на сегодняшний день нет. Нами была поставлена цель создать специальное вещество (клей), которое бы обладало склеивающей, остеокондуктивной и противовоспалительной способностями. А так же после склеивания грудина должна выдерживать нагрузки выше, чем испытывает грудина и ребра при сильных кашлевых толчках. С учетом требований, было разработано 4 варианта вещества с использованием изоцианата и высокополимерных углеводов. Полученные композиты отличались по углеводной составляющей, что обеспечило различную скорость застывания при нанесении на распиленную часть грудной кости, степень проникновения композитов в поры губчатого вещества, а также разную плотность и прочность. Объектом исследования послужили грудина и ребра животного. Проводились исследования физико-химических свойств полученных композитов. Минимальную и максимальную нагрузку на разрывную способность задавали при помощи разрывной машины «ИР 5047-50», которая оценивалась графически и математически. Методом электронной растровой микроскопии изучена структура полученных веществ. Произведена оценка влагопоглощающей способности с помощью жидкостного экструзионного порозиметра LEP-100, исследован

механизм проникновения композитов в поры губчатого вещества костей, выявлены особенности застывания, плотности композита, в зависимости от углеводной составляющей. Результаты. Взаимодействие всех компонентов начинается через 3-4 минуты, а уже спустя 5-7 минут композит проявляет свои адгезивные свойства, прочно склеивая распиленные кости полностью застывая. Через 24 часа фиксации распиленные ребра и грудина представляют собой стабильное соединение. В состав вошли такие вещества, как гиалуроновая кислота и карбонат кальция, благодаря чему при застывании клей образует соединение, со схожей кристаллической решеткой натуральной кости (гидроксиапатитом кальция), следовательно, остеобласты смогут прорасти в ячеистой структуре композита. Это усилит прочность фиксации и ускорит процесс замещения композита соединительной тканью. За счет входящих в состав полисахаридов и кислот, полученное вещество обладает антиокислительными свойствами, что позволит снизить риск послеоперационных осложнений. Исследование на прочность исследуемых образцов показало, что композит содержащий альгинат натрия наиболее прочно фиксировал края распиленной грудины. Полученные данные во много раз превосходят силу, которая прилагается к груди и ребрам даже при сильном кашлевом толчке и составляет в среднем 10Н/м². При использовании жидкостного экструзионного порозиметра было выяснено, что вещество имеет крупные до 150 мкм и мелкие до 25-30 мкм поры, а это позволит остеобластам, размеры которых не превышают 20-30 мкм, образовывать связи и пролиферировать в них с образованием новой костной структуры, что повысит прочность фиксации. Выводы. Несмотря на ряд преимуществ, перед современными методами фиксации грудины, исследуемые биокомпозиты требуют детального изучения в организме животного для исключения нежелательных реакций и послеоперационных осложнений, связанных с растворимостью в биологической среде.

293. Выбор метода эндовенозной термоабляции*Шульц О.Г., Чаткин Д.Г., Шульц А.А.*

Нижний Новгород

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава РФ,
Университетская клиника

Актуальность: Эндовенозные методы устранения вертикального рефлюкса по стволовым подкожным венам при варикозной болезни нижних конечностей в течение последних десятилетий развиваются бурными темпами. В настоящее время доступны несколько приборов для термоабляции, применение каждого из которых имеет свои особенности. Мы сравнили годовые результаты использования системы Olympus CelonLab Precision (RFITT) и эндовенозной лазерной облитерации (EVLA) с частотой излучения 1,5 мкм. Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности биполярной радиочастотно-индуцированной термотерапии и эндовенозной лазерной облитерации стволовых подкожных вен, частоты осложнений, интенсивности болевого синдрома. Материалы и методы: Набор пациентов для исследования и оперативные вмешательства были выполнены в период с марта 2016 до ноября 2017 года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа RFITT – 71 человек, 2 группа EVLA – 67 чел. Критерии включения в исследование: несостоятельность стволовой подкожной вены с рефлюксом по ней более 0,5 сек; симптоматические варикозные вены; класс хронического заболевания вен по системе CEAP C2-5; EP; AS, P, PR, LII; возраст 18 и более лет. Критерии исключения: тромбоз глубоких вен; посттромботическая болезнь; клинический класс по системе CEAP C6; хронический болевой синдром в нижних конечностях, обусловленный иной патологией; сопутствующая патология в стадии декомпенсации. Всем пациентам первой группы была выполнена биполярная радиочастотно-индуцированная термооблитерация (RFITT) по методике, описанной Newman JE et al (2014). Пациентами второй группы эндовенозная лазерная облитерация (EVLA) стволовых подкожных вен была выполнена с использованием двух систем: 1470 мкм у 35 больных (52%) и 1550 мкм у 32 больных (48%). У 25 пациентов каждой из групп в течение первых 10 дней послеоперационного периода была прослежена динамика болевого синдрома при помощи визуально-аналоговой

шкалы (0-10 баллов). Уровень боли в послеоперационном периоде оценивали на фоне повседневной активности, в течение 1-2 суток в стационаре, затем амбулаторно. Эффективность методик оценивалась по полноте облитерации стволовых подкожных вен по данным ультразвукового ангиосканирования, осмотры производились в 1-3 день, через 6 недель, 6 и 12 месяцев после вмешательства. Результаты: После вмешательства были осмотрены на 1-3 сутки все пациенты обеих групп, через 6 недель – 36 пациентов и 48 пациентов (51% и 71%); через 6 месяцев – 23 и 30 пациентов (32% и 45%); через 12 месяцев – 34 и 32 пациента (по 47%) соответственно. Эффективность методов на контрольных точках составила по группам: 1-3 дня – 98,5% и 98,5%; 6 недель – 94,4% и 95,8%; 6 мес – 79% и 93,3%; 12 мес – 91,1% и 93,7%. Тромбоз глубоких вен голени наблюдался у 1,4% и 1,5% больных. Гиперпигментация кожи в 6,5% и 7,0% случаев. Эндовенозный термоиндуцированный тромбоз наблюдался в 7% и 16% соответственно. Средний балл боли за первые 10 дней после вмешательства составил $0,68 \pm 0,52$ [SD] для RFITT и $1,83 \pm 0,58$ для ЭВЛО ($p < 0,001$). Потребность в обезболивающих препаратах составила в среднем $0,17 \pm 0,09$ и $1,05 \pm 0,1$ введение для ЭВЛО. Выводы: Эффективность достижения облитерации просвета большой подкожной вены в группе ЭВЛО была достоверно выше, чем в группе RFITT. Максимальная частота реканализаций выявлена в контрольной точке 6 месяцев, в более позднем периоде реканализации не прогрессировали. Частота тромбозов глубоких вен, нарушений кожной чувствительности в обеих группах была минимальна и статистически между группами не отличалась. Частота развития гиперпигментации в зоне эпифасциально расположенных сегментов стволовых вен с одинаковой частотой встречалась после обеих методик. Эндовенозный термоиндуцированный тромбоз в 2 раза чаще наблюдался после ЭВЛО, чем после RFITT. Метод RFITT показал себя статистически менее болезненным для пациентов, практически не требующим применения анагетиков в послеоперационном периоде.

294. Усовершенствованные малоинвазивные технологии в хирургии непаразитарных кист печени

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М.,
Межаков С.В., Пархоменко А.В.

Донецк

ГОО ВПО "Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького"

Цель работы – применение усовершенствованных малоинвазивных технологий у пациентов с непаразитарными кистами печени (НКП) и их сравнение с лапаротомными операциями. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 138 пациентов с НКП, лечившихся в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за последние 10 лет. Женщин было 102 (74,0%) мужчин – 36 (26,0%) в возрасте от 19 до 78 лет. Диаметр кист печени составлял от 4 до 21 см. Кисты находились в правой доле печени у 99 (71,7%) чел., в левой – у 39 (28,3%). Все больные разделены на 3 группы: 1 – с пункционным лечением (63 чел.), 2 – лапароскопические операции (45), 3 – лапаротомные операции (30). В каждой группе выделены по 2 подгруппы: 1 – которые лечились по усовершенствованным способам и 2 – которым сделаны стандартные операции. В различных сочетаниях применяли следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Для лапароскопических вмешательств использовали аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl STORZ» (Германия). Результаты и обсуждение. У 63 пациентов выполнены пункция кисты под контролем УЗИ, аспирация содержимого, обработка эпителиальной выстилки этанолом, введение в полость кисты Этоксисклерола. В 5 случаях отмечены различные осложнения. Лапароскопические операции проведены у 45 больных, у 28 из них применены модифицированные методики. В 2 случаях было незначительное жёлчеистечение из дренажа. В 30 случаях сделаны лапаротомные операции: удаление кист – 21, перицистэктомия – 6, фенестрация кисты, наружное дренирование – 2,

резекция кисты, оментопексия – 1. После таких операций были различные послеоперационные осложнения у 6 (20 %) пациентов. В 35 наблюдениях успешно использован модифицированный «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.), у 28 – «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент №81922 от 10.07.2013 г.); у 18 – «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент № 86324 от 25.12.2013 г.). По нашим данным, малоинвазивные и модифицированные способы лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения. За последние 5 лет количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 7,6%. Умер 1 пациент 76 лет после тромбоэмболии лёгочной артерии. Заключение. При непаразитарных кистах печени операции целесообразно выполнять в специализированных гепатологических хирургических центрах, с применением разработанных в клинике модифицированных способов. В клинике уменьшилось число послеоперационных осложнений на 7,8%, увеличилось количество хороших и удовлетворительных отдаленных результатов на 17,2%.

295. Инвагинация кишечника у детей

Мыкыев К.М. (1,3), Омурбеков Т.О. (1,3),
Самсалиев А.Дж. (2,3), Шайбеков Д.Р. (3)

Бишкек

- 1) Кафедра детская хирургия КРСУ,
- 2) кафедра детская хирургия КГМА,
- 3) городская детская клиническая больница (ГДКБ СМП)

Актуальность. Инвагинация кишечника (ИК) у детей является наиболее частой формой приобретенной кишечной непроходимости, составляя 70 - 80% от всех ее видов. Актуальность заключается не столько в частоте заболевания, сколько в несовершенстве методов своевременной ее диагностики и методов лечения. Все еще высока летальность, которая при поступлении больных в первые 12 часов от начала

заболевания 1-2%, а до 48 часов и больше 10-30%. До 15,4% больных подвергаются повторным хирургическим вмешательствам по поводу спаечной кишечной непроходимости. Цель исследования: изучить частоту и характер инвагинации кишечника в зависимости от возраста и результаты лечения. Материалы и методы исследования: анализированы истории болезни 177 оперированных больных детей с ИК в отделении неотложной хирургии ГКБ СМП г. Бишкек за 2010-2018 гг.. Больным проводились изучение анамнестических данных, объективного осмотра, общеклинические анализы, УЗИ исследование и обзорная рентгенография органов брюшной полости. Результаты и обсуждение: мальчики встретились в 130 случаях (73,5%), девочки – 47 (26,5%). В возрастном аспекте: до 6 месяцев – 39 (22,2 %), 7–12 месяцев – 106 (59,8 %) или дети с ИК до 1 года составили 145 (82%). В возрасте 2–3 года 16 (9 %), от 4 лет и старше – 16 (9 %). По давности заболевания и поступления в хирургический стационар отмечены: до 6 часов-18 (10,1%), до 12 часов – 72 (40,6%), до 24 часа – 56 (31,6%), до 2-х суток– 21 (11,8%), от 2-х до 6 суток и более – 10 (5,6%) больных. При изучении жалоб у всех детей отмечены беспокойство и боли в животе. Стул с примесью крови у 145 (81,9%), срыгивание и рвота – у 162 (91,5%), сочетание срыгивания, рвоты и примесь крови в стуле наблюдался у 58 (32,7%), в связи с чем дети грудного возраста из ЦСМ, ГСВ направлялись в инфекционную больницу. В 3-х случаях наблюдался выпадение головки инвагината из ануса. Наличие погрешности в диете наблюдался у 101 (57,1%) больного грудного возраста. При обзорной рентгенограмме органов брюшной полости которая проводилась всем больным явная картина кишечной непроходимости отмечены только у 98 (55,3%). При УЗИ брюшной полости клинические признаки наличие «опухолевидного образования» удалось обнаружить у 144 (81,3%). У 56 (31,6%) обнаружено наличие вздутие петель кишечника, свободная жидкость в брюшной полости. При пальпаторном исследовании живота наличие опухолевидного образования выявлено у 137 (77,4%) детей, особенно при ранних поступлениях больных. Ректальное исследования проводили детям до 1 года и у 112 (63%) удалось выявить наличие «малинового желе». В 152 случаях больные взяты на оперативное лечение с диагнозом «инвагинация кишечника», 15 случаях – «кишечная непроходимость», в 10 случаях – «острый аппендицит». Интраоперационно обнаружено: инвагинация илеоцекального угла – у 127 больных (71,8%), из них сложная форма – у 27 (15,3%). Тонко-

тонко кишечная инвагинация – у 46 (26%), толсто-толсто кишечная форма у 2 (1,2%). Явления перитонита у 153 (86,4%). После дезинвагинации явления некроза отмечено у 9 (5,1%), из них тонкого кишечника 8, толстого кишечника в 1 случае. Всем больным с некрозом кишечника проведено наложение стомы. Картина вторичного измененного аппендицита обнаруживался в 141 случаях (79,6%), всем проведено аппендэктомия. Летального исхода нет. Выводы: 1). ИК отмечено преобладание у мальчиков 73,5% случаев. 2). Наблюдался частота ИК у детей в возрасте до 1 года 82%, особенно в возрасте 6-12 месяцев (59,8%). 3). Инвагинация илеоцекального угла встретился у 71,8%. 4). Отмечается нарастание ИК «тонко-тонко кишечная», в связи с ростом опухолевых процессов, врожденных пороков тонкого кишечника.

296. Возможности фиброхолангиоскопии при лечении холедохолитиаза

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Коссе Д.М., Макаров В.Ю., Нестеров Н.А., Шаталов С.А.

Донецк

ГОО ВПО "Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького"

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) путем применения лапароскопических операций в сочетании с фиброхолангиоскопией (ФХС). Материалы и методы. Проанализированы результаты использования лапароскопических операций за последние 7 лет у 58 больных с ЖКБ в сочетании с фиброхолангиоскопией. Женщин - 38, мужчин - 20 в возрасте 27-70 лет. ЖКБ осложнилась желтухой в 37,4% наблюдений, холангитом - в 33,5%. Использовали фиброхоледохоскоп «Charr» (Германия), инструменты фирмы «Karl Storz» (Германия). ФХС использовали при предоперационных признаках билиарной гипертензии по лабораторным и сонографическим показателям. Результаты и обсуждение. ФХС выполняли после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) через пузырный проток (42)

или через разрез в холедохе (16). При холангиоскопии осматривали дистальную часть общего жёлчного протока (ОЖП), а затем - верхние отделы жёлчной системы. Оценивали проходимость большого дуоденального сосочка, изменения его слизистой, определяли наличие конкрементов. В 47 случаях конкременты удалены через пузырный проток корзинкой Дормиа, в 10 - путём «сцеживания» через разрез в холедохе. В 1 наблюдении пришлось выполнить конверсию и перейти на открытую холедохолитотомию. У 45 пациентов ОЖП дренирован по Холстеду - Пиковскому (после удаления конкрементов), у 13 - наложен шов на рану холедоха. После операции было 3 осложнения в виде кратковременного жёлчеистечения по улавливающим дренажам. Летальных исходов не наблюдали. Выводы. Лапароскопическое лечение ЖКБ является менее травматичным, позволяет сохранить сфинктерный механизм фатерова сосочка, уменьшить срок пребывания пациентов в стационаре.

297.Лапароскопическая гемиколэктомия: опыт применения

*Корик В.Е. (1), Ключко Д.А.(1), Богдан В.Г.(1),
Александров С.В. (2), Мелконян Н.Д.(2),*

Минск

- 1) Военно-медицинский факультет в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»
- 2) Государственное учреждение «2-я городская клиническая больница г. Минска»

Актуальность В настоящее время лапароскопические оперативные вмешательства все больше вытесняют традиционные, становясь золотым стандартом в хирургии. Любой отдел брюшной полости доступен хирургическому вмешательству с использованием лапароскопической техники. Внедрение новых малоинвазивных методик хирургического лечения только ускоряется, открывая новые горизонты в хирургии. Оперативное лечение рака толстого кишечника остается в центре внимания по причине

возрастающей заболеваемости и стремительного омоложения данной патологии. На данный момент нет единого подхода к лечению рака левой половины ободочной кишки с учетом характеристик первичной опухоли, открытым остается вопрос об объеме удаления лимфатического дренажа кишки и уровня перевязки сосудов. Именно лапароскопические вмешательства обеспечивают наиболее благоприятный исход заболеванию с сохранением радикальности и результативности операции. Материал и методы: Сотрудниками кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» и Государственного учреждения «2-я городская клиническая больница г. Минска» накоплен небольшой опыт лапароскопических операций по поводу рака и полипоза ободочной кишки. В период с 2016 по настоящее время было прооперировано 35 пациентов по поводу рака толстой кишки различных локализаций и 5 пациент с диагнозом «Полипоз». Предоперационное обследование больных раком ободочной и прямой кишки включало стандартные процедуры, в том числе обязательно (при отсутствии противопоказаний) тотальную колоноскопию с биопсией с последующим гистологическим исследованием. Кроме того, всем пациентам проводили КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза, что позволяло определить локализацию, протяженность и глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов, наличие отдаленных метастазов. Полученные результаты: Количество дней пребывания в стационаре составило $5 \pm 1,2$ дня, что на 64% меньше по сравнению с тем же показателем при открытом методе оперативного лечения ($8 \pm 3,4$ дня). Количество осложнений сократилось на 7,5% с 12,5% (5 случаев) до 5% (2 случаев) и качественно изменилось в лучшую сторону, в частности зарегистрировано снижение количества несостоятельности анастомозов в 2 раза. Конверсия при операциях по поводу опухоли ободочной кишки потребовалась в 2 (5%) наблюдениях, по причине прорастания опухоли в соседние органы. Летальных исходов в послеоперационном периоде при видеоскопических операциях по поводу рака ободочной кишки не было. Обсуждение На наш взгляд целесообразно придерживаться следующей этапности операции: 1. Выделение и перевязка сосудов, питающих опухоль; 2. Выделение участка кишки с опухолью; 3. Пересечение кишки проксимальнее и дистальнее опухоли; 4.

Выполнение парааортальной лимфодиссекции. Выполнение скелетизации позволяет произвести радикальную лимфодиссекцию в восходящем направлении по ходу питающих опухоль сосудов и одновременно с этим пересечь эти сосуды значительно ниже верхнего края зоны лимфодиссекции. Это позволяет сохранить адекватное кровоснабжение в большем сегменте ободочной кишки, а значит, существенно сократить объем резецируемой части кишечной трубки. Необходимо уделять особенное внимание сохранению целостности висцеральной фасции. Выводы и рекомендации: Лапароскопические операции на толстой кишке в частности операция Гартмана позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить болевые ощущения у пациентов в послеоперационном периоде, минимизировать кровопотерю, а также снизить количество дней пребывания в стационаре. Лапароскопическая резекция толстой кишки или ее участков эффективна у пациентов старшего возраста в том числе с тяжелым полиморбидным фоном. Результаты применения лапароскопических операций при заболеваниях ободочной кишки соответствуют современным принципам хирургии.

298.Программа ускоренного выздоровления хирургических больных: как ей дальше развиваться?

Пасечник И.Н.

Москва

ФГБУ ДПО "ЦГМА" УД Президента РФ

Программа ускоренного выздоровления (ПУВ) является основой для оказания плановой хирургической помощи в ведущих клиниках как нашей страны, так и за рубежом. В основе ПУВ лежит снижение стрессового воздействия на организм больного. Приоритет такого подхода, основанного на комплексном реализации мер защиты от хирургической травмы, принадлежит датскому профессору Н. Kehlet. Известно, что ПУВ отражает эволюционный подход в развитии

хирургии. Основные составляющие Программы использовались, используются и будут использоваться при лечении хирургических больных вне зависимости от ее внедрения. В основе ПУВ лежат достижения медицины, основанной на доказательствах, и совместная работа специалистов различного профиля. Целью настоящей работы является осмысление имплементации ПУВ в стационары и ее востребованность в экстренной хирургии. В работе анализируется собственный опыт проведения 14 конференций, посвященных ПУВ, в регионах РФ в период 2016-2018 гг. В конференциях, в зависимости от региона, принимало участие от 80 до 210 человек, в основном хирурги и врачи анестезиологи-реаниматологи, в среднем по численному составу между ними соблюдался паритет. Становление ПУВ происходило в ведущих клиниках, имеющих непрерываемый авторитет, где изначально была возможность концентрации больных со схожей патологией и выполнение однотипных операций. Здесь периоперационная курация хирургических пациентов мультидисциплинарной бригадой повышала качество лечения пациентов и снижала количество осложнений. Однако внедрение ПУВ в регионах РФ сталкивается с определенными трудностями: разнородность больных, проблемы реализации поликлинического этапа ведения пациентов, дефицит врачей отдельных специальностей и среднего медицинского персонала, географическая удаленность больных от стационара, отсутствие качественной реабилитации. При обсуждении, по словам участников конференций, наибольшие сложности возникают с реализацией следующих компонентов ПУВ: нутритивная поддержка на догоспитальном этапе, цельориентированная инфузионная терапия, мониторинг нейро-мышечного блока во время анестезии, реабилитационные мероприятия в раннем послеоперационном периоде. До конца не ясна возможность внедрения ПУВ в экстренной хирургии. Изначально Программа создавалась для плановых оперативных вмешательств. Однако тщательное осмысление ПУВ позволяет утверждать, что многие ее компоненты востребованы и при проведении хирургических вмешательств по экстренным показаниям. В большинстве хирургических стационаров экстренность ситуации не является противопоказанием, а иногда напротив, использование малоинвазивных методик диагностики и лечения необходимы. Часто выбор лапароскопического доступа определяется лишь квалификацией персонала и наличием соответствующей аппаратуры. Профилактика

инфекции области хирургического вмешательства при развитии осложнений заменяется назначением антибиотиков с лечебными целями. Что действительно не всегда возможно осуществить в ургентной ситуации, так это полноценную подготовку больного к операции. Таким образом, ПУВ является частью мультидисциплинарного подхода к лечению хирургических больных с позиций доказательной медицины. Кроме плановых операций такой подход предусматривает улучшение помощи и больным с ургентной патологией. Важно подчеркнуть, что основные составляющие ПУВ не отторгаются, а получают дальнейшее развитие. Командный подход и доказательность, облеченные в клинические рекомендации, позволяют внедрять современные принципы диагностики и лечения в регионах страны, где не всегда возможно присутствие ведущих специалистов. Необходимо заметить, что универсальных рецептов не существует, однако новые подходы к лечению хирургических больных необходимо адаптировать к локальным возможностям стационаров и повысить качество оказания хирургической помощи в масштабах страны.

299. Показания к консервативному лечению больных с острым аппендицитом

Совцов С.А., Прибыткова О.В.

Челябинск

ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Введение. В настоящее время и уже на протяжении более 100 лет основным методом лечения острого аппендицита (ОА) является хирургическое удаление воспаленного червеобразного отростка. Однако, в последние несколько десятилетий в литературе продолжается обсуждение возможностей использования консервативного лечения ОА. Материал и методы. Вместе с тем, следует согласиться, что существуют определенные группы больных, у которых необходимо осуществлять консервативное лечение ОА. Это прежде всего: а) больные, находящиеся вне зоны досягаемости

квалифицированной хирургической помощи (в море или под водой, в отдаленных северных территориях, в длительных космических полетах и т.п.); б) пациенты, перенесшие недавно тяжелый инфаркт миокарда, а так же имеющие тяжелые хронические заболевания легких и сердца, находящиеся в декомпенсированном состоянии; в) люди, отказывающиеся от показанного им оперативного вмешательства. В связи с этим, для всех этих больных должны быть применены лечебные мероприятия с учетом специфики каждой названной нами конкретной группы. Результаты. Консервативная терапия при ОА должна включать в себя внутривенную инфузионную терапию (растворы кристаллоидов в объеме не более 5-6 мл./кг/час). При наличии болевого синдрома в животе показано введение диклофенака натрия внутримышечно. Но основным компонентом лечения, безусловно, является антибактериальная терапия. На настоящий момент предложено более 50 схем лечения ОА с помощью антибиотиков. Проведя их критический анализ и с учетом имеющихся достаточно не однородных групп пациентов, мы считаем, что рациональным является выделение трех клинических ситуаций: 1. Отсутствие наличия факторов резистентности имеющейся у пациента микрофлоры: молодой и зрелый возраст (менее 65 лет), отсутствуют или имеют место не критические сопутствующие заболевания; он не находился в лечебном учреждении в последние три месяца; не получал антибиотики в последние 90 дней. У данной группы больных возможно ограничить антибактериальный компонент консервативного лечения ОА антибиотиками путем введения ингибиторзащищенных пенициллинов: амоксициллин/кловуанат (по 1,2 г. 3 раза в день в/в) или ампициллин/сульфобактам (по 1,5 г. 3 раза в день в/в) или цефокситина (по 1 г. 3 раза в/в или в/м) или цефалоспоринов 3 поколения (цефтриаксон по 1 г. 1 раз в день в/в или цефотоксим по 1 г. 2 раза в день в/в и в обоих случаях с обязательным сочетанием с введением метронидазола по 0,5 г. 3 раза в день в/в). При имеющейся аллергии на бета-лактамы антибиотики необходимо использовать в лечении препараты группы фторхинолонов (моксифлоксацин по 400 мг. 1 раз в день в/в или ципрофлоксацин так же по 400 мг. 2 раза в день в/в, но с обязательной комбинацией с введением метронидазола по 0,5 г. 3 раза в день в/в). 2. Пациенты, имеющие факторы риска наличия резистентности к антибиотикам при грамотрицательной микрофлоре. К этой группе относятся больные с ОА имеющие: предыдущие

контакты с различными медицинскими организациями(уход и лечение на дому или пребывание и лечение в стационаре без проведения им различных инвазивных процедур);недавно проводимая (в последние 90 дней) антибактериальная терапия ;пожилой возраст (старше 65 лет) и/или морбидный статус III -IV группы риска по классификации ASA. У данной группы больных показано лечение эртапенемом по 1 г. 1 раз в день в/в. 3.Наличие факторов риска развития синегнойной инфекции. К ним относятся:факт имеющегося длительного пребывания их в стационаре или выполнение инвазивных процедур;недавно проводимая (в последние 90 дней) антибактериальная терапия ;

- пожилой возраст (старше 65 лет) и/или морбидный статус III -IV группы риска по ASA. Таким больным необходимо осуществлять лечение карбопенемами с антисинегнойной активностью (имипенем по 0,5 г. 4 раза в день в/в или меропинем по 1 г. 3 раза в день в/в или доропинем по 0,5 г. вс/в 3 раза в день).

Закключение. Обязательным условием лечения антибактериальными препаратами является их внутривенный путь введения в первые 1-2 дня с последующим переходом (по складывающейся клинической ситуации у каждого конкретного больного) на внутримышечный или пероральный прием препаратов. Длительность курса лечения составляет не менее 7-10 суток. При наличии коморбидной патологии необходима ее коррекция соответствующим лечением и при наличии эффекта от ее проведения (при сохраняющейся клинической картины ОА) – выполнить оперативное вмешательство (желательно, с использованием малоинвазивных технологий). При отсутствии положительной динамики клинической картины ОА у больных, находящихся в отдаленных районах их пребывания, следует предпринимать экстренные меры по доставке пациента в медицинскую организацию, где возможно оказание квалифицированной хирургической помощи.В случаях положительного клинического эффекта от проводимого лечения (стихание болевого синдрома в брюшной полости, нормализации температуры тела, лабораторных показателей – если таковые проводились, отсутствия признаков явлений раздражения брюшины), необходимо ее продолжать до полного выздоровления с последующим осмотром и наблюдением хирурга.

300.Роль С-реактивного белка, как предиктора ранних послеоперационных осложнений при внедрении ПУВ у больных раком толстой кишки

Хрыков Г.Н. (1), Хазов А.В. (2), Архипченко Т.А. (2), Бурлов Н.Н. (1), Майстренко Н.А. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
- 2) СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В хирургию колоректального рака активно внедряется программа ускоренного выздоровления (ПУВ), которая сопровождается укороченным сроком пребывания в стационаре, ранней выпиской. В связи с чем проблема ранней диагностики послеоперационных осложнений становится всё более значимой. Анализ литературы показал, что в качестве маркера диагностики послеоперационных осложнений может использоваться С-реактивный белок (СРБ). Необходимость поиска новых доступных критериев, позволяющих достоверно судить о возможности безопасной выписки пациента в ранние сроки после операции, обуславливает целесообразность данного исследования. Цель исследования. Уточнение диагностической эффективности СРБ в выявлении послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком (КРР) в ранние сроки после хирургического вмешательства при внедрении программы ускоренного выздоровления. Материал и методы. В проспективном обсервационном исследовании приняло участие 96 больных КРР, подвергнутых плановому хирургическому вмешательству. Пациенты были разделены на группы «без осложнений» (n=76) и «с осложнениями» (n=20). Для исследования собраны основные характеристики, включающие возраст, пол, наличие сопутствующих патологий. Необходимые клинические и хирургические параметры: стадия опухолевого процесса по классификации TNM, физикальный статус по классификации ASA, тип оперативного вмешательства, продолжительность операции. Обе группы сопоставимы. В периоперационном периоде определялись состояние пациента, наличие осложнений, стандартные лабораторные показатели, С-реактивный белок. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет, наличие на момент поступления

хирургической инфекций, проведенная неоадьювантная химиотерапия. Результаты. Значимые результаты уровня СРБ получены в группе «с осложнениями» на 4-е (СРБ4=10,22 мг/л, $p=0,037$, AUC=0,701, [0,529-0,873]) и 6-е (СРБ6=88,09 мг/л, $p=0,003$, AUC=0,797, [0,637-0,957]) п/о сутки. На основе ROC-анализа рассчитаны точки отсечения СРБ и отношения шансов для 4-х п/о суток – 66 мг/л (ОШ=3,9, [1,1-16,6]), для 6-х п/о суток – 42 мг/л (ОШ=7,3, [1,6-34,7]). Следует подчеркнуть, что уровень лейкоцитов, температура в обеих группах была в пределах референсных значений. Обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют, что повышенный уровень СРБ на 4 и 6 п/о сутки является достоверным маркером развития ранних послеоперационных осложнений. Дополнительно в качестве базового уровня необходимо оценивать СРБ за сутки до операции и определять концентрацию СРБ на 2 п/о сутки, так как по литературным источникам данный результат будет является максимальным значением СРБ в послеоперационном периоде, что подтвердилось в нашем исследовании. Установлено, что повышенный уровень СРБ предшествует клиническим симптомам, что указывает на необходимость дополнительного обследования пациента перед ранней выпиской. Таким образом, в рамках внедрения ПУВ для выявления ранних послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком необходимо оценивать уровень С-реактивного белка до операции, на 2, 4 и 6 п/о сутки, что будет способствовать безопасной выписке пациентов из стационара. Выводы. При внедрении ПУВ в хирургию колоректального рака определение уровня С-реактивного белка до операции, на 2, 4 и 6 п/о сутки является надежным показателем развития ранних послеоперационных осложнений. При оценке результатов в динамике значения уровня СРБ на 4 п/о сутки более 66 мг/л увеличивает риск развития осложнений в 4 раза, на 6 п/о сутки более 42 мг/л – в 7 раз. Рекомендации. Повышенная концентрация СРБ в послеоперационном периоде указывает, что необходимо проводить дополнительное обследование пациента перед выпиской с целью выявления ранних послеоперационных осложнений. При исключении развития осложнений по отсутствию клинических признаков и повышенному уровню СРБ, данный диагностический метод способствует безопасной ранней выписке больных в рамках протокола ПУВ.

301.К вопросу о новой классификации острого перитонита

Совцов С.А.

Челябинск

ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность. Любая клиническая классификация необходима для обозначения и систематизации понятий, терминов и факторов при той или иной патологии, влияющих на лечебно-диагностическую тактику, которая в свою очередь, обуславливает конкретные практические действия врача. Она должна быть простой, понятной, краткой и удобной для применения и ориентированной на унификацию общепризнанных диагностических и лечебных действий, наиболее часто применяющихся в при данном заболевании, сочетать в себе основные последовательные подходы, ведущие к выбору оптимального способа лечения. Материал и методы. Мы поставили перед собой цель – разработать рабочий вариант классификации острого перитонита, основанной на современных подходах к диагностике и лечению данного заболевания и предлагаем следующую классификационную схему: ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ I. По характеру развития: 1.1. Первичный; 1.2. Вторичный; 1.3. Третичный; II. По распространенности: 2.1. Местный; 2.2. Диффузный; 2.3. Разлитой; III. Формы тяжести заболевания 3.1. Легкая; 3.2. Средней тяжести; 3.3. Тяжелая; IV. Осложнения 4.1. Системные: 4.1.1 Абдоминальный сепсис; 4.1.2 Септический шок; 4.1.3. Абдоминальный компартмент синдром. 4.2 Местные (интраабдоминальные; со стороны передней брюшной стенки и забрюшинной клетчатки и экстраабдоминальные). Особого внимания требует выделение форм тяжести заболевания: легкая, средней тяжести и тяжелая. Клиническое течение острого перитонита может протекать в любом виде, начиная от случаев полного выздоровления при адекватном и своевременном удалении очага инфекции в брюшной полости (местный перитонит) до тяжелого и опасного для жизни человека состояния (распространенный перитонит). Без результативной оценки тяжести состояния больных невозможно определение клинической эффективности различных направлений лечения, особенно. антибактериальной терапии. Полученные результаты. Объективизация оценки тяжести

состояния больных и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки основных направлений лечения абдоминального сепсиса, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений. Основываясь на приведенных выше доводах, мы считаем, что целесообразно выделять три основные формы тяжести острого перитонита: тяжелая форма перитонита. Эта форма заболевания наблюдается при разлитом перитоните и такие пациенты нуждаются в проведении предоперационной подготовке, в т.ч. при необходимости в условиях ОРИТ. Перитонит средней степени тяжести. Эта форма заболевания, в основном наблюдается у больных с диффузным перитонитом. В ряде случаев нуждаются в проведении предоперационной подготовке Легкая форма перитонита. Эти пациенты не нуждаются в предоперационной подготовке. Системные осложнения острого перитонита Сепсис он представляет собой диагностический порог, отделяющий устойчивые и критические клинические условия. Сегодня убедительно доказано, что раннее оперативное вмешательство и выполнение основанных методов лечения абдоминального сепсиса и септического шока улучшают результаты у больных перитонитом. Септический шок. Понимается как подвид сепсиса в сочетании гипоперфузионными повреждениями и стойкой гипотензией, требующей введения вазопрессоров для поддержания среднего АД ? 65 мм рт.ст., уровня лактата > 2 ммоль/л, при условии проводимой адекватной инфузионной терапии. Такое сочетание критериев приводит к летальности свыше 40%. Абдоминальный Компартмент синдром. (Abdominal Compartment Syndrome - ACS) Проявляется полиорганной недостаточностью (желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной системы и ЦНС), обусловленной повышением внутрибрюшного давления. Показатель общей смертности при тяжелых формах перитонита при имеющемся ACS составил 46 %. При этом, у пациентов, у которых декомпрессия была выполненной в пределах первых 4 дней от начала болезни, смертность составила лишь 18 %. Местные осложнения острого перитонита. К ним относятся : а) интраабдоминальные: оментит, внутрибрюшные абсцессы, ранняя спаечная кишечная непроходимость несформированные кишечные свищи, абсцессы паренхиматозных органов, стресс-повреждения желудочно-кишечного тракта и др.; б). со стороны передней брюшной стенки и забрюшинной клетчатки: нагноение операционной раны, флегмона брюшной стенки, флегмона

забрюшинной клетчатки, эвентрация и др.; в) экстраабдоминальные: тромбоз глубоких вен, ТЭЛА, пневмония, плеврит, медиастинит и др. Заключение. Примеры формулировки развернутого диагноза: 1.Острый гангренозный аппендицит. Диффузный гнойный перитонит. Легкая форма. 2.Прободная язва желудка. Разлитой гнойный перитонит. Тяжелая форма. 3.Острый гангренозный перфоративный калькулезный холецистит. Разлитой гнойный перитонит. Тяжелая форма. Абдоминальный сепсис. Септический шок. 4.Острая стангуляционная кишечная непроходимость. Гангрена тонкой кишки с перфорацией. Разлитой гнойный перитонит. Тяжелая форма. Сепсис. Абдоминальный Компартмент синдром.

302.Гибридные хирургические вмешательства в лечении холангита и билиарного сепсиса на фоне холецистохоледохолитиаза

*Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О.,
Смирнов А.А., Саадулаева М.М.*

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

Введение. Пациенты с холангитом и билиарным сепсисом, развившимися на фоне сочетанного холецистохоледохолитиаза представляют собой категорию больных, у которых выбор лечебной тактики требует от практикующего хирурга принятия сложных решений в максимально короткие сроки. В последние годы наилучшие результаты лечения у данной категории больных отмечаются при использовании гибридных хирургических технологий, сочетающих лапароскопические и эндоскопические вмешательства. Ретроградное проведение струны через культю пузырного протока с дальнейшей канюляцией холедоха (метод «Рандеву») позволяет уменьшить риск возникновения возможных осложнений при выполнении эндоскопических транспиллярных вмешательств. Целью исследования явилось улучшить результаты лечения пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2018 годы в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПБГМУ им.акад.И.П.Павлова было пролечено 42 пациента с холецистохоледохолитиазом, острым холециститом, холангитом и билиарным сепсисом. Выполнялись следующие виды гибридных хирургических вмешательств: одномоментная лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопической папиллосфинкторотомией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЭПСТ), одномоментная лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопической папиллосфинкторотомией по методике «Рандеву» и литоэкстракцией (ЛХЭ+Р-ЭПСТ). По результатам оперативного лечения в каждой группе пациентов были проанализированы следующие показатели: частота и характер послеоперационных осложнений, общее время оперативного вмешательства, тотальность литоэкстракции, частота и причина интраоперационных конверсий, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты на лечение. Статистический анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2018, для определения статистической значимости различия использовался t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$). Результаты и обсуждение. По результатам проведенного обследования острый холангит был диагностирован у 34 больных (81%), билиарный сепсис – у 4 (19%). 21 пациенту было выполнено ЛХЭ+ЭПСТ, остальным 21 – ЛХЭ+Р-ЭПСТ. При проведении анализа результатов лечения отмечается преимущество одномоментной комбинированной ЛХЭ+ЭПСТ с использованием методики «Рандеву» ввиду достоверно меньшего времени оперативного вмешательства (111,2±10,9 против 147,4±11,8), меньшей частоты интра- и послеоперационных осложнений (4,8% против 14,3%), летальности (0 против 4,8%), койко-дня (10,4±2,7 против 12,6±2,1) и экономических затрат на лечение (109 341,4±4 118,2 против 132 932,8±6 321,5). Достоверной и значимой разницы в тотальности литоэкстракции и частоте интраоперационных конверсий не отмечалось. Меньшее время оперативного вмешательства при использовании метода «Рандеву» объясняется меньшим числом попыток канюляции (1 против 2,7) и, соответственно, меньшим временем эндоскопического этапа операции (50,1±10,4 мин против 84,6±12,1 мин). При разборе структуры послеоперационных осложнений выявлено, что использование методики «Рандеву» сопровождается меньшей вероятностью развития острого панкреатита (4,8 против 14,3%). Выводы. 1. Использование современных гибридных

хирургических вмешательств является одним из наиболее эффективных методов лечения больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом. 2. Использование методики «Рандеву» достоверно позволяет уменьшить время эндоскопического этапа операции и, соответственно, общее время хирургического вмешательства, а также частоту послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты на лечение.

303. Роль видеоэндоскопических технологий в уменьшении осложнений аугментационной маммопластики

Михайличенко В.Ю.(1), Каракурсаков Н.Э.(1,2),
Заитова Р.Ю.(1,2)

Симферополь

- 1) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
- 2) ООО «Крым Ирей Мед»

Актуальность. В настоящее время увеличение груди с использованием грудных имплантатов — одна из самых популярных операций в пластической хирургии. Использование имплантатов в пластике по увеличению груди было впервые описано Т. Cronin, F. Gerow. Преимущества и недостатки того или иного имплантата определяются его формой, вариантом установки, наполнителем. Именно эти параметры легли в основу классификации эндопротезов, используемых при имплантации груди. Силиконовые грудные имплантаты считаются самыми естественными. Преимущества силиконовых имплантатов заключаются в минимальной растворимости силикона и превосходной вязкости этого материала, обеспечивающей идентичность по отношению к ткани молочной железы. Правильный выбор формы и объема, а также места расположения имплантата позволяют в большинстве случаев добиться хорошего эстетического результата. В настоящее время при выполнении аугментационной

маммопластики используются 3 основных доступа, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. 1. Инфрамаммарный доступ – это самый распространенный способ установки имплантатов. 2. Периареолярный доступ характеризуется установкой имплантата через разрез на пигментированной части ареолы. 3. Трансаксиллярный доступ, осуществляемый путем разреза в подмышечной впадине. Но требование женщин к аугментационной маммопластике в последнее время выросло, и пациентки желают получить не только красивую грудь, но и нивелировать следы этих изменений. В связи с вышеизложенным все более популярным становится трансаксиллярный доступ. Было выявлено очевидное преимущество скрытого разреза; кроме того, доступ позволяет довольно просто проникнуть в ретропекторальное пространство. Но недостатком было отсутствие визуального контроля в процессе формирования кармана для имплантата. Ограниченность доступа не позволяла сформировать ретропекторальную полость в достаточном объеме, в результате имплантат смещался вверх или происходило разрушение субмаммарной складки. Отрицательным моментом трансаксиллярного доступа является возможность возникновения осложнений в виде кровотечения, сером при которых может возникнуть необходимость повторных операций, а в отдаленном периоде возникает опасность развития капсулярной контрактуры. Материалы и методы. Развитие эндоскопической хирургии позволило применить эндоскопию и при увеличивающей маммопластике. Наша клиника имеет 4-летний опыт установки имплантатов трансаксиллярным способом, было прооперировано 54 пациентки, из которых 38 были прооперированы традиционным трансаксиллярным способом, 16 с применением видеоэндоскопической техники. При традиционном способе в результате слепой диссекции большой грудной мышцы мы отмечали следующие осложнения: неадекватное понижение складки 6 пациенток (16%), гематомы в послеоперационном периоде были диагностированы у 8 пациенток (21%), образование сером мы наблюдали в 3 случаях (8%). Ситуация изменилась при появлении набора инструментов, разработанных фирмой "МЕДФАРМСЕРВИС" (Казань) для искусственно созданных полостей. При формировании кармана для имплантата производится визуальный контроль границ, согласно предоперационной разметке, гемостаза. Результаты. Имея небольшой опыт из 16 трансаксиллярных аугментационных маммопластик

с видеоэндоскопической ассистенцией, мы перестали отмечать такие осложнения, как смещение протезов и послеоперационные гематомы. Серома у данной группы наблюдались у одной пациентки (6%). Выводы. На наш взгляд, трансаксиллярная аугментационная маммопластика с видеоэндоскопической ассистенцией является оптимальным способом увеличения молочной железы, позволяет производить операцию под полным визуальным контролем.

304. Паховые грыжи: что будет если следовать существующим клиническим рекомендациям?

*Сажин А.В., Андрияшкин А.В., Ивахов Г.Б.,
Мамадумаров В.А., Никишков А.С., Лобан К.М.*

Москва

РНМУ им. Н.И. Пирогова, ГКБ №1
им. Н.И. Пирогова

Паховые грыжи – одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Вероятность возникновения в течение жизни паховой грыжи составляет 27-43% у мужчин и 3-6% у женщин. К настоящему времени опубликованы ряд рекомендаций по лечению паховых грыж, разработанных соответствующими международными экспертными сообществами, в которых показаны преимущества эндовидеохирургических методик в целом ряде клинических ситуаций. Тем не менее, доля малоинвазивных паховых герниопластик, выполняемых пациентам с паховыми грыжами, значительно разнится между отдельными клиниками в различных странах. Во многом это зависит от системы здравоохранения, традиций стационара, финансовых возможностей медицинского учреждения, но самое важное – от предпочтений хирурга. В этой связи большой интерес вызывает ситуация с хирургией паховых грыж в российском стационаре, строго следующего в своей работе существующим международным клиническим рекомендациям. Цель исследования: Оценить спектр хирургических вмешательств,

выполняемых пациентам с паховыми грыжами, и их результаты в реальной клинической практике хирургического стационара города Москвы, специализирующегося на лечении грыж передней брюшной стенки. Материал и методы. Проведено поперечное проспективное исследование с последовательным отбором всех пациентов с паховыми грыжами, оперированными в плановом порядке в хирургической клинике ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы в период с 01 сентября 2017 г. по 31 декабря 2018 г. Исследование носило наблюдательный характер, критериев исключения не было. В исследование включили 841 больного с паховыми грыжами. Выявлено 929 грыж паховой области, выполнено 929 герниопластик. Результаты. 199 пациентам выполнена «открытая» аллопластика ? операция Лихтенштейна (в двух наблюдениях двухсторонняя), всего 201 вмешательство (21,6% от общего числа операций). Видеолaparоскопические вмешательства ? 642 пациентам (в 86 наблюдениях грыжа носила двухсторонний характер, всего 728 вмешательств (78,4%)). TAPP герниопластика выполнена в 666 случаях (71,7%, 590 пациентов), TEP герниопластика ? в 62 (6,7%, 52 пациента). Операцию Лихтенштейна выполняли, как правило, больным с большими грыжевыми воротами (более 3 см). Среди пациентов, перенесших эндовидеохирургическое вмешательство преобладали больные с грыжевыми воротами до 1,5 см. Также среди больных, перенесших открытое вмешательство, чаще встречались пациенты с косыми грыжами. Кроме того, операцию Лихтенштейна выполняли пациентам с тяжёлой сопутствующей терапевтической патологией, пахово-мошоночными грыжами, при отказе от эндотрахеального наркоза. Осложнения в послеоперационном периоде зафиксированы у 7 больных (0,8%). После TAPP у одной пациентки сформировалась предбрюшинная гематома, ещё у одного больного ? ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. После операции Лихтенштейна у одного пациента развилось нагноение послеоперационной раны, у четырёх пациентов с пахово-мошоночными грыжами ? гематома мошонки. Средний койко-день составил ? 2,5 (после эндовидеохирургического вмешательства – 2,3, после операции Лихтенштейна – 3,0). Три пациента были повторно оперированы по поводу рецидива заболевания через 8 - 14 месяцев после лапароскопической герниопластики (TAPP). Других рецидивов, формирования хронического болевого синдрома, венозных тромбоэмболических осложнений не зафиксировано. Летальных исходов

не было. Заключение. Строгое следование международным клиническим рекомендациям, проведение обучения сотрудников в рамках факультетской университетской клиники позволяет достигнуть высокой частоты (более 78%) применения малоинвазивных эндовидеохирургических технологий при лечении пациентов с паховыми грыжами с количеством осложнений менее 1%.

305.Эндоскопическая ультрасонография вдиагностике и лечении панкреатит-ассоциированных интра-и парапанкреатических патологических жидкостных скоплений

*Шабунин А.В., Бедин В.В., Нечипай А.М.,
Коржева И.Ю., Венгеров В.Ю.*

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница
им. С.П. Боткина» ДЗ г. Москвы,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность темы: По актуальным данным различных литературных источников, в нашей стране показатель заболеваемости населения острым панкреатитом составляет 32-39 человек на 100000 населения. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости острым панкреатитом, который, наравне с острым аппендицитом, делит первое место в структуре хирургических заболеваний, составляя 41 – 45% от их общего числа. Несмотря на кажущуюся «изученность» острого и хронического панкреатита, постоянно совершенствующиеся методы диагностики, применение современных методов лечения, остается много нерешенных вопросов, относящихся к рациональной тактике клинического ведения и выбору адекватного метода лечения пациентов, страдающих от осложнений заболевания, в частности от парапанкреатических патологических жидкостных скоплений. В этой концепции, активно внедряемые в клиническую практику эндоскопические методы лечения с использованием возможностей эндосонографии, благодаря сочетанию их малой инвазивности с

высокой эффективностью (продемонстрированной на «модели» малоинвазивного эндоскопического интралюминального лечения псевдокист поджелудочной железы), представляются перспективным направлением в области лечения осложненного панкреонекроза. Ряд очевидных достоинств эндоскопических транслюминальных методик не нуждается в доказательствах: «гибкая» эндоскопия позволяет визуализировать, ревизовать и санировать патологические парапанкреатические жидкостные «коллекторы», что не всегда удается сделать в условиях выполнения традиционных, в т.ч. видео-ассистированных, хирургических вмешательств, выполняемых из нелюминальных доступов. Материалы и методы: В период 2014-2018гг. в ГКБ им. С.П. Боткина в клинику обратились 273 пациента с деструктивными формами панкреатита, 174 из них проведено разного рода хирургическое лечение. 53 (30,5%) из 174 пациентов в разных фазах течения ППЖС были выполнены 57 эндоскопических вмешательств: в острой фазе инфицированных скоплений – у 5 из 53, в фазе walled-off pancreatic necrosis (WOPN) – у 19, при псевдокистах ПЖ – у 29 (в т.ч. у 12 – при их инфицировании). Среди них: внутрипросветная ЭУС-ассистированная цистогастро- (цистодуоденостомия) пластиковыми или нитиноловыми саморасширяющимися стентами (CPS), в т.ч. мультифокусное дренирование ППЖС. В части случаев – с дополнительной установкой цистоназального дренажа или ретроградным транспапиллярным дренированием ППЖС через вирсунгов проток. После имплантации CPS, придающих сформированному свищу каркасность, по показаниям выполнялись этапные эндоскопические некрсеквестрэктомии и санация ППЖС растворами антисептиков. Результаты: Технический успех лечения был достигнут во всех 53(100%) случаях, клинический успех – в 49 (92,5%), в 4 (7,5%) случае потребовалось МЧКВ для дополнительного дренирования гигантского ППЖС. Осложнения: а) миграция CPS в полость ППЖС – 3 (5,7%) случая (с успешной эндоскопической коррекцией), б) аррозивное кровотечение, купированное эндоскопически – 1 (1,9%), в) спонтанный пневмоперитонеум, устраненный лапароскопическим дренированием брюшной полости – 1 (1,9%), г) инфицирование псевдокист ПЖ – в 11 (20,8%) случаях (в 8 из них – при левом типе панкреонекроза, что с учетом системного характера, расценивалось как форма специфических вариантов течения при дренировании ППЖС указанной локализации), д) рецидивы ППЖС – 2(3,8%). Заключение: ЭУС-ассистированное

эндоскопическое лечение пациентов с ППЖС – перспективный метод, демонстрирующий сопоставимые с хирургическим методом результаты, но обладающий преимуществами перед ним, благодаря малой травматичности и неограниченной повторяемости. Преимущества метода перед МЧКВ, заключается в возможности выполнения некрсеквестрэктомии, санации, наружного и внутреннего дренирования ППЖС.

306. Выбор варианта лапароскопического доступа у пациентов с распространенным аппендикулярным перитонитом

*Сажин А.В. (1), Ивахов Г.Б. (1),
Гасанов М.М. (1, 2), Ермаков И.В. (1, 2),
Мирзоян А.Т. (1, 2), Колыгин А.В. (1, 2),
Мосин С.В. (1, 2).*

Москва

1. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2. ГБУЗ "ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана" ДЗМ

Актуальность. Острый аппендицит продолжает оставаться самой распространенной патологией в структуре хирургических заболеваний. Высокая частота развития послеоперационных осложнений и неудовлетворенность результатами лечения пациентов с распространенным аппендикулярным перитонитом послужила поводом для проведения данного исследования. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения пациентов с острым аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом при использовании лапароскопического доступа по принципу триангуляция (тип 1 по SAGES – порт параумбиликально, над лоном, в правой мезогастральной области) и принципу секторизации (тип 4 по SAGES – порт параумбиликально, над лоном, левой подвздошной области). В анализ включены все пациенты, которые были оперированы по поводу острого аппендицита, осложненного распространенным перитонитом с применением лапароскопических технологий в период с 2016 по 2017 гг. Послеоперационные

осложнения проанализированы с использованием классификации Clavien–Dindo. Результаты. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 116 пациентов с распространенным перитонитом. Первую группу составили 37 (32%) пациентов, оперированные из доступа с соблюдением принципов триангуляции (тип 1 по SAGES). Вторую группу составили 79 (68%) пациентов, оперированные из доступа с соблюдением принципов секторизации (тип 4 по SAGES). В группах преобладали лица мужского пола 56,7% vs 59,5%. Средний возраст пациентов составил 41,97 ± 17,02 vs 45,06 ± 14,5 лет. Средняя продолжительность заболевания в группах распределилась следующим образом - 43,75 ± 26,87 vs 36,33 ± 17,27 часа. Продолжительность операции для анализируемых групп составила 91,11 ± 29,93 vs 84,48 ± 24,89 минут. Послеоперационные осложнения развились у 42 (36,2%) пациентов. Летальных исходов за анализируемый период не отмечено. Послеоперационные осложнения во второй группе встречались достоверно чаще и отмечены у 34 (43%) vs 8 (21,6%) пациентов первой группы ($P=0,043$). Осложнения 3 а и 3 б степени отмечены у 5 (4,31%) пациентов второй группы. Средняя продолжительность госпитализации в группах составила 10,45 ± 4,38 vs 9,11 ± 2,93 дня ($P=0,396$). Обсуждение. В проведенном исследовании показано, что при распространенном перитоните выполнение аппендэктомии из лапароскопического доступа по принципу секторизации (тип 4 по SAGES) сопровождается увеличением частоты развития послеоперационных осложнений, преимущественно за счет интраабдоминальных осложнений. Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия при распространенном перитоните, выполненная из доступа с соблюдением принципа секторизации сопровождается увеличением частоты развития интраабдоминальных осложнений. Рекомендации. Расположение инструментальных портов при проведении лапароскопической аппендэктомии у больных с распространенным перитонитом должно следовать принципу триангуляции (тип 1 по SAGES).

307.Обоснование новой классификационной категории «молниеносная форма острого панкреатита тяжелой степени»

Корымазов Е.А., Хорошилов М.Ю., Жданов А.В.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Пациенты с острым панкреатитом тяжелой степени – наиболее проблемная категория для реализации у них в полном объеме Национальных клинических рекомендаций. Быстрое развитие некроза железы (48-72 часа) приводит к тому, что даже при раннем поступлении пациентов уже присутствует органная или даже полиорганная недостаточность, обширный некроз забрюшинной клетчатки. Примерами бурного развития заболевания могут быть острый панкреатит после транспапиллярных эндоскопических вмешательств, после травмы, после вмешательства на поджелудочной железе, острый билиарный панкреатит (вследствие вклиненного камня большого сосочка ДПК). Наличие органной недостаточности в качестве критерия и средней степени заболевания, и тяжелой, нередко является препятствием для раннего (в первые сутки) начала гемофильтрации в связи с трудностью определения тенденции заболевания. Да и врачи реаниматологи не склонны торопиться с выставлением показаний к гемофильтрации, ориентируясь на «пока еще не запредельные» показатели мочевины и креатинина крови. Выявление неотграниченного гнойно-некротического парапанкреатита не позволяет предпринимать консервативные мероприятия, в том числе гемофильтрацию, и требует выполнения раннего вынужденного вмешательства. Цель. Обоснование внесения изменений в классификационные критерии острого панкреатита тяжелой степени. Материал и методы. Предлагаемая концепция базируется на следующих постулатах. Критерий «органная недостаточность» следует оставить только для тяжелой степени заболевания. В рамках «тяжелой степени» выделить «молниеносную форму» как особую форму, требующую нестандартного подхода к диагностике и лечению. В отличие от критериев тяжелой степени (шкала APACHE-II от 8 до 11 баллов; шкала Ranson – от 3 до 6 баллов; шкала SOFA – 2-3 балла), к молниеносной форме следует отнести

следующий уровень органной недостаточности: шкала APACHE-II – 12 баллов и более, шкала Ranson – 7 баллов и более, шкала SOFA – 4 балла и более. При выявлении гнойно-некротического парапанкреатита следует выставлять показания к ранней операции, не дожидаясь 2-й – 3-й недели заболевания, как это принято при традиционном течении заболевания. При сочетании с полиорганной недостаточностью необходим сеанс гемофильтрации в качестве предоперационной подготовки для улучшения переносимости пациентом раннего вмешательства. Даже при отсутствии четких компьютерно-томографических признаков гнойно-некротического парапанкреатита попытки экстракорпоральной детоксикации следует предпринимать не более 2-3 дней, с последующим выполнением операции для создания путей оттока токсического экссудата из брюшной полости и забрюшинной клетчатки, борьбы с абдоминальным компартмент-синдромом. В последнем случае предпочтительна лапаротомия. Результаты. Изучены результаты лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени в двух группах: I группа (ретроспективная) – 175 пациентов, лечившихся с 2013 по 2016 гг. по традиционной тактике, принятой в тот период времени; II группа (проспективная) – 45 пациентов, лечившихся с 2017 по 2018 гг. на основании разработанной стратегии. В I группе молниеносная форма была у 41 человека (23,4%), во II группе – у 14 человек (31%). Оперировано: в I группе – 38 человек (умерли 33; 86,8%), во II группе – 14 человек (умерли 9; 64,3%). Не оперировано: в I группе – 3 человека (все умерли). Отмечено снижение частоты летальных исходов среди оперированных больных с 86,8% до 64,3%, хотя и статистически незначимое (хи-квадрат – 3,35, $p>0,05$). Выводы. Выделение молниеносной формы позволяет рассматривать стратегию «ранних вынужденных вмешательств» не как порочную в целом, а как единственно возможный шанс спасения больного. Выделение молниеносной формы целесообразно также с точки зрения возможной защиты врача при возникновении правовых и организационно-административных коллизий.

308. Инновационные технологии в хирургии щитовидной и околощитовидных желез

Ромашенко П.Н. (1), Майстренко Н.А. (1),
Криволапов Д.С. (1), Вишивцев Д.О. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Внедрение инновационных эндовидеохирургических технологий в лечение доброкачественных и злокачественных образований щитовидной (ЩЖ) и околощитовидных желез (ОЩЖ) диктует необходимость отработки критериев выбора различных минимально инвазивных доступов и определения персонифицированной лечебной тактики. Цель исследования – выработать дифференцированный подход и уточнить показания к использованию различных минимально инвазивных методик при хирургическом лечении заболеваний ЩЖ и ОЩЖ. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и хирургического лечения 173 больных, а также изучены результаты проспективного исследования у 229 пациентов с заболеваниями ЩЖ и ОЩЖ. Исследуемые группы были сопоставимы. В ходе обследования определены следующие показания к хирургическому лечению: фолликулярная опухоль – у 50,7% больных; узловой нетоксический зоб и аутоиммунный тиреоидит с компрессией органов шеи – у 15,4% и 0,7% соответственно; узловой токсический и диффузный токсический зоб – у 8,2% и 3,5% соответственно; высокодифференцированный рак – у 16,9%; первичный гиперпаратиреоз – у 4,5% больных проспективного исследования. Пациенты прооперированы с применением 3-х минимально инвазивных методик: Minimally Invasive Nonendoscopic Thyroidectomy (MIT, $n=151$) Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy/Parathyroidectomy (MIVAT/MIVAP, $n=123/18$), Axillo Bilateral Breast Approach (ABBA, $n=110$). Результаты исследования. Тиреоидэктомия выполнена у 131 (32,6%) больного, гемитиреоидэктомия – у 195 (48,5%), удаление доли ЩЖ – у 33 (8,2%), субтотальная резекция ЩЖ – у 25 (6,2%), селективная паратиреоидэктомия – у 18 (4,5%). Анализ результатов хирургического лечения больных ретроспективного исследования позволил установить, что интраоперационные осложнения

(кровотечения) развились у 3 (1,7%) больных, прооперированных по методике АВВА и явились основанием для конверсии доступа, послеоперационные – у 10 (5,8%): транзитный парез гортани – у 5 (2,9%); транзитный гипопаратиреоз – у 2 (1,2%); гематома области вмешательства – у 3 (1,7%). Критический анализ причин развития послеоперационных осложнений позволил установить их достоверные причинные факторы: аутоиммунное воспаление тиреоидной ткани на фоне токсических форм зоба и аутоиммунного тиреоидита, необходимость выполнения центральной лимфаденэктомии, загрудинное расположение зоба и недостаточный гемостаз энергетическими устройствами. Проведенное исследование позволило установить достоверные критерии выбора минимально инвазивных методик при хирургическом лечении пациентов с заболеваниями ЩЖ и ОЩЖ. Установлено, что методика MIVAT является операцией выбора при коллоидных узлах, фолликулярных опухолях диаметром до 40 мм при объеме ЩЖ не превышающем 20 см³. Методика АВВА оправдана при более крупных образованиях (до 60 мм) и объеме ЩЖ до 50 см³. Высокодифференцированный рак ЩЖ (T1N0M0) не является противопоказанием для применения указанных методик. Во всех остальных случаях за исключением загрудинного расположения зоба и наличия метастазов в боковых лимфатических узлах показано выполнение операций по методике MIT. Анализ результатов хирургического лечения больных проспективного исследования позволил установить, что применение установленных критериев отбора привело к снижению частоты послеоперационных осложнений, которые носили транзитный и функциональный характер и развились у 5 (2,1%) больных: дисфагия – у 1 (0,4%), гипопаратиреоз – 4 (1,7%). Доказана эффективность методики MIVAP в лечении пациентов с первичным гиперпаратиреозом, у которых достигнуто выздоровление при отсутствии послеоперационных осложнений. Таким образом, аргументированный отбор больных патологией ЩЖ и ОЩЖ позволяет выполнять обоснованные по объему и методике минимально инвазивные вмешательства. Такой дифференцированный подход способствует минимизации частоты специфических осложнений и хирургической травмы, улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения.

309. Оценка эффективности 18 часовой образовательной программы «Лапароскопические пластики паховых грыж»

*Сажин А.В., Ануров М.В., Титкова С.М.,
Тягунов А.Е., Ивахов Г.Б., Колыгин А.В.,
Нечай Т.В., Мирзоян А.Т.*

Москва

Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. По данным анкетирования оценить эффективность дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей «Лапароскопические пластики паховых грыж» со сроком освоения 18 академических часов по специальности «Хирургия», разработанной рабочей группой сотрудников подразделений ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Материалы и методы. Проведен анализ специально разработанных анкет, которые курсанты заполняли сразу и через 6 месяцев после освоения 18 часовой образовательной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей «Лапароскопические пластики паховых грыж». Программа включала в себя лекционную часть (6 часов), «живую хирургию» (трансляции из операционной 4-5 эндовидеохирургических паховых герниопластик TAPP и TEP) и практическую часть (6 часов) для отработки специализированных навыков на оригинальной биологической модели TAPP пластики. Модель позволяла произвести разрез длиной 12 – 14 см, диссекцию (париетализацию), позиционирование сетки размером 12x9 см, ее фиксацию и ушивание отделенного слоя над сеткой. Обучение проходило в группах по 8-10 человек с использованием современного эндовидеохирургического оборудования. В анализ были включены анкеты трех образовательных циклов. Результаты. С сентября 2017 по апрель 2018 гг. было проведено три образовательных цикла, в которых участвовали 26 курсантов. Средний общий хирургический стаж курсантов составлял 15.0 + 10.7 лет, лапароскопический – 7.7 + 7.4 лет. При этом 17 (65%) курсантов имели лапароскопический стаж менее 10 лет, а 4 (16%) больше 20 лет. Из 26 курсантов шесть хирургов (23%) на момент прохождения курса выполняли более 10 TAPP в год, 5 (19%) менее 10 TAPP и 15 (58%) курсантов не имели опыта

самостоятельного выполнения ТАРР. Ни один из курсантов не имел опыта самостоятельного выполнения ТЕР. Из 26 курсантов, освоивших программу, 18 (69%) заполнили анкету через 6 месяцев. Из 15 курсантов, которые не имели опыта выполнения ТАРР до прохождения курса, через 6 мес ответили на анкету 12 (80%). Из этих 12 курсантов 7 (58%) самостоятельно выполнили ТАРР в течение 3-6 мес после прохождения курса. По данным анкетирования за 3-6 месяцев после обучения этими курсантами было выполнено от 3 до 15 самостоятельных ТАРР. Четырём курсантам (57%) на первой операции помогал ассистент, имевший личный опыт выполнения ТАРР, трём (43%) ассистировал хирург без опыта. При этом в 6 (87%) клиниках на момент выполнения курсантом первой ТАРР этот вид операций не выполнялся, в одной клинике в год выполнялось 10 таких операций. Один (6%) из 18 ответивших, выполнил ТЕР после прохождения курса. Выводы. Проведение двухдневной образовательной программы, включающей в себя курс лекций по лапароскопической герниопластике, трансляции 4-5 паховых эндовидеохирургических герниопластик ТАРР и ТЕР в режиме интерактивного общения, а также мануальный тренинг с использованием оригинальной биологической модели для отработки специализированных практических навыков для ТАРР- герниопластики позволяет значимой части курсантов самостоятельно выполнить лапароскопическую ТАРР-герниопластику в течение достаточно короткого временного промежутка после специализированного курса.

310. Возможности гибридных операций в ранней реабилитации больных перитонитом

*Топчиев М. А., Паршин Д. С.,
Нурмагомедов А. Г., Умерова А. И*

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ

Принцип миниинвазивности, на сегодняшний момент, стал одним из основополагающих в медицине. В последнее время в современной хирургии стал применяться новый термин - гибридные операции. Данные операции возможны в случаях использования различных миниинвазивных технологий (эндохирургических, рентгенэндоваскулярных и др.). Достоинством данных методик, является высокая точность визуализации, малотравматичность и прецизионность оперативного вмешательства. Целью исследования являлось улучшение результатов лечения и сокращение реабилитационного периода у больных распространенным перитонитом. Оперировано 48 пациентов с различными острыми заболеваниями (аппендицит, перфорация полого органа, панкреатит и др.) органов брюшной полости, осложненными распространенным перитонитом. Все больные оперированы эндоскопическим доступом и разделены на две равные, сопоставимые группы. В группе исследования после выполнения основных этапов операции лечение дополнялось внутривенным введением (ВПВ) лекарственных средств путем катетеризации по Сельдингеру правой желудочно-сальниковой вены. После катетеризации выполнялась субтракционная портография с использованием ангиографической установки Allure FD 20. Оценивалось внутрисосудистое положение микрокатетера (5F) в портальной системе с последующим измерением инвазивного давления. ВПВ антибиотиков, гепатопротекторов и ангиоксидантов проводилась в виде продлённой инфузии в течение 3-5 сут. В контрольной группе препараты вводились традиционными путями. Эффект лечения оценивался изучением динамики клинических, биохимических, иммунологических, бактериологических показателей, газового состава и КЩС крови, а также интегральных шкал оценки тяжести состояния больных. При динамическом исследовании тяжести состояния больных с использованием шкалы APACHE II, а также индекса

брюшной полости (ИБП). Оказалось, что на старте лечения сумма баллов в группе исследования составила $16,4 \pm 0,2$ и $16,8 \pm 0,4$, а в группе сравнения $16,6 \pm 0,3$ и $17,1 \pm 0,4$ соответственно, что свидетельствовало о выраженном воспалении и полиорганной дисфункции. На 5-е сутки лечения показатели были статистически ближе к нормальным значениям в группе с ВПВ и составили $8,3 \pm 0,3$ и $9,6 \pm 0,2$, в то же время в группе исследования эти значения составили $10,6 \pm 0,3$ и $12,6 \pm 0,4$ баллов соответственно ($p < 0,05$). При динамическом исследовании газового состава крови оказалось, что у всех больных в обеих группах исходно отмечаются ацидоз, гиперкапния и гипоксия. Группа исследования: O_2 станд. (%) - $14,1 \pm 0,3$, $S O_2$ станд. (%) - $64,1 \pm 1,5$, pCO_2 (мм.рт.ст.) - $45,5 \pm 1,2$, pO_2 (мм.рт.ст.) - $34,1 \pm 1,3$. Группа сравнения: O_2 станд. (%) - $13,8 \pm 0,2$, $S O_2$ станд. (%) - $66,2 \pm 1,4$, pCO_2 (мм.рт.ст.) - $46,3 \pm 1,1$, pO_2 (мм.рт.ст.) - $37,1 \pm 1,2$. На 3-е сутки в группе исследования отмечено достоверно более быстрое уменьшение проявлений гипоксии: O_2 станд. (%) - $82,1 \pm 0,9$, $S O_2$ станд. (%) - $88,5 \pm 1,1$, pCO_2 (мм.рт.ст.) - $35,4 \pm 1,2$, pO_2 (мм.рт.ст.) - $81,1 \pm 1,5$. В группе сравнения данные показатели были статистически вне зоны нормальных значений: O_2 станд. (%) - $42,1 \pm 0,8$, $S O_2$ станд. (%) - $71,5 \pm 1,2$, pCO_2 (мм.рт.ст.) - $42,4 \pm 0,9$, pO_2 (мм.рт.ст.) - $69,3 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). Осложнений после ВПВ не было. Средний койко-день в отделении реанимации в группе сравнения составил $4,6 \pm 0,3$, в группе исследования – $3,1 \pm 0,2$ дня. Общий средний койко-день в группе исследования составил $9,8 \pm 0,7$, в группе сравнения – $14,5 \pm 0,4$. Летальность в группе сравнения составила 14,3%, в группе исследования – 10,2%. В результате исследования мы пришли к выводу, что использование гибридных методик оперирования, позволяет обеспечить безопасную, пролонгированную, «адресную» доставку лекарств в наиболее нуждающийся «орган-мишень» - печень. Эффективность ВПВ подтверждалась более быстрым купированием ацидоза и гипоксии, гепатопривного синдрома и уменьшением риска развития полиорганной дисфункции. Использование гибридных методик, в лечении перитонита, открывает новые возможности в совершенствовании лечения и реабилитации пациентов с распространенным перитонитом.

311. Лапароскопическая латеральная кольповагинопексия в лечении генитального пролапса

Гаврилов В.В., Нужиких А.В.

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Генитальный пролапс до настоящего времени остается одной из важнейших проблем современной гинекологии. К этой проблеме наиболее применим мультидисциплинарный подход из-за вариабельности клинических проявлений и осложнений со стороны органов малого таза. Для этой проблемы нет существенных ограничений по возрасту. Существующие в настоящее время более 300 различных видов хирургического лечения, не отвечают, в полной мере, всем принятым постулатам по лечению генитального пролапса. Так мнению большого количества исследователей пластика собственными тканями сопряжена со значительным риском рецидивов заболевания. По литературным данным передняя кольпорафия сопровождается рецидивами генитального пролапса у 25–37%, задняя – 24–38%. Создание новых синтетических материалов привело к снижению риска несостоятельности после оперативной коррекции. Восполнение дефектов дна таза собственными тканями приводит к рецидиву у 33–45%, а применение сетчатых полипропиленовых протезов снижает рецидив в несколько раз. До сегодняшнего для коррекции пролапса гениталий «золотым стандартом» считается лапароскопическая сакрокольпопексия. При этом следует учитывать то обстоятельство, что проведение лапароскопической диссекции в зоне промонториума сопряжено с высоким риском повреждения сосудистых и нервных сплетений. В качестве альтернативного варианта лечения применима лапароскопическая латеральная кольповагинопексия. Этот метод лапароскопической коррекции пролапса гениталий заключается в том, что вместо промонториума зоной фиксации опущенных тазовых органов являются ткани круглых связок матки и апоневроза мышц передней брюшной стенки. Цель исследования: Целью нашего исследования явилось оценить эффективность и безопасность проведения лапароскопической латеральной кольповагинопексии с учетом техники выполнения операции и функциональных исходов для

улучшения долговременных результатов оперативного лечения больных генитальным пролапсом. Материалы и методы: Для решения поставленных задач нами проанализированы результаты лечения 33 пациенток с верифицированным диагнозом пролапса гениталий. Исследование включало: 21 пациентку с апикальным пролапсом гениталий 12 пациенток с цистоцеле. Основными жалобами на момент поступления явились: ощущение инородного тела в промежности – 31 (94%), диспареунии – 10(30,3%), затрудненный акт дефекации – 2 (6%). Анализ акушерского анамнеза выявил, что 30 (90,9%) пациенток перенесли роды через естественные родовые пути. Оценка степени дефекта тазового дна проводилась на основе классификации POP-Q: 2-я стадия генитального пролапса имела в 15,1% случаев, 3-я – 36,4%, 4-я – 48,5%. Всем пациенткам была выполнена лапароскопическая латеральная кольповагинопексия с использованием сетчатого имплантата. В послеоперационном периоде выполнялось амбулаторное наблюдение и анкетирование. Функциональная эффективность лечения основывалась на использовании стандартных анкет у 24 пациенток (72,7%) через 12 месяцев после выполнения операции. Результаты и выводы: Оценка анатомии тазового дна выполнялась через 6 и 12 месяцев по результатам вагинального осмотра и ультразвуковым данным, которые выявили отсутствие рецидивов в 100% случаев. Согласно PFIQ-7 качество жизни пациенток улучшилось и составило $19,6 \pm 3,6$. Для оценки сексуальной активности мы использовали опросник PISQ-12, согласно которому также было выявлено значительное улучшение показателей до $20,2 \pm 2,4$. Считаем, что лапароскопическая латеральная кольповагинопексия с использованием синтетических имплантатов является технически доступным, эффективным и малотравматичным методом коррекции пролапса гениталий у женщин. Ключевые слова: лапароскопическая латеральная кольповагинопексия, пролапс гениталий.

312.Миниинвазивные вмешательства в лечении панкреонекроза

*Тарасенко В.С., Дёмин Д.Б., Волков Д.В.,
Рукина Л.И.,Иликаева А.Г., Миненко К.С.*

Оренбург

ГБУЗ ГКБ №1 г. Оренбурга, ОрГМУ - кафедра
госпитальной хирургии, урологии, кафедра
факультетской хирургии

Острый панкреатит - остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного типа, являющееся в настоящее время тяжелейшей проблемой экстренной абдоминальной хирургии с высоким уровнем летальности, достигающей 20—85% при ее деструктивных формах. Согласно современным канонам, лечение панкреонекроза преследует следующие цели: остановка прогрессии деструктивного процесса и проведение заболевания по асептическому пути. Для оптимизации состояния пациента с деструктивными формами панкреатита в настоящее время применяется многокомпонентное лечение, включающее навигационную хирургию под ультразвуковым контролем. Цель исследования: провести анализ эффективности пункционных УЗИ-контролируемых технологий при панкреонекрозе. Материалы и методы: под наблюдением находились 34 пациента с острым панкреатитом, получавших стандартное консервативное лечение, с последующим развитием у них парапанкреатических осложнений в виде скопления жидкости в сальниковой сумке, выявленное при ультрасонографии. Мужчин было – 18, женщин – 16, средний возраст пациентов составил $50,3 \pm 3,4$ года. Причиной ОП у данных пациентов – желчнокаменная болезнь и употребление алкоголя. С момента госпитализации все пациенты получали стандартную консервативную терапию, включающую инфузионную терапию, спазмолитическую терапию, блокаторы панкреатической секреции, антиоксиданты. Пункционное дренирование под контролем УЗИ при парапанкреатических жидкостных скоплениях, производилось у пациентов не ранее 10 суток с начала заболевания при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии. Использовали инструментарий и дренажи производства ООО “МИТ”. Вмешательства производились в условиях

операционной под местной анестезией с применением нейролептанальгезии. Пункцию выполняли устройством УДПО – 2 в точке “акустического окна”, ближайшей к полостному образованию, с последующим низведением в полость жидкостного скопления полиэтиленовой дренажной трубки диаметром 9-12 Ch. После вмешательства ежедневно производились промывания дренажной трубки растворами антисептиков. Удаление дренажей осуществлялось после исчезновения отделяемого из них и ликвидации жидкостных компонентов при контрольном УЗИ, КТ. Результаты и обсуждение: У 27% (79,4%) инвазивное лечение явилось окончательным с полной санацией очага воспаления. У 7 пациентов, после дренирования очагов под УЗ навигацией, потребовались дополнительные вмешательства. У 2-х пациентов (5,9%) в послеоперационном периоде возникло подтекание содержимого кисты в свободную брюшную полость, что потребовало дополнительных манипуляций – в одном случае- лапароскопия, а в другом- лапаротомии. У 3 больных в связи с секвестрацией – миниинвазивная лапаротомии. У двоих пациентов в связи с сообщением полости кисты с протоками поджелудочной железы наложены цистодигестивные соустья. Летальных исходов не было. Известно, что опасности для жизни пациента нет, пока некроз остается стерильным. В данном ракурсе положительным эффектом пункционного вмешательства является не только минимизация оперативной травмы, но и значительное уменьшение риска развития в последующем инфицирования стерильного панкреонекроза, что в значительной мере, повышает процент выздоровления у пациентов с панкреонекрозом асептическим. Заключение: малоинвазивная хирургия, в том числе и пункционное дренирование кист и сальниковой сумки поджелудочной железы, минимизирует риск развития осложнений в виде экзогенного инфицирования, миниинвазивная хирургия позволяет снизить процент летальности при деструктивных формах панкреатита.

313. Лечение прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием малоинвазивных технологий

Баранов А.И. (1), Мугатасимов И.Г. (2),
Чернявский С.С. (3), Сташков М.Я. (4)

Новокузнецк

- 1) НГИУВ филиал ГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России,
- 2) ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница №1»,
- 3) ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница №29», ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница №22»

Актуальность. Ушивание перфоративного отверстия является наиболее часто выполняемой операцией при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Не смотря на ряд преимуществ малонивазивных операций, их доля в хирургической практике небольшая и только отдельные клиники имеют опыт выполнения 100 и более подобных операций. Лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы является приоритетом российских хирургов, которой свойственны относительная простота выполнения, небольшое число послеоперационных осложнений, короткий период обучения и все преимущества малоинвазивных вмешательств, но она также не получила достаточно широкого распространения. Материал и методы. В г.Новокузнецке малоинвазивные операции при прободной язве внедрены с 2005 года. За 2014-2018 года на базе трех городских больниц было оперировано 357 пациентов с прободной язвой желудка (57 больных) и двенадцатиперстной кишки (300). Среди них мужчин было 254 (71,1%) и женщин 103(28,9%). Средний возраст пациентов 47,1±18,1 лет, у мужчин 44,4±16,7 лет, женщин – 53,7±20,1. 209 (58,5%) больным оперативное лечение начиналось с диагностической лапароскопии. Из лапаротомного доступа операция проведена 168(47,1%) больным, лапароскопического и лапароскопически ассистированного 189 (52,9%). Лапароскопическое ушивание прободных язв выполнено 9 больным, приоритетным являлось лапароскопически ассистированное ушивание язв. Средний возраст оперированных пациентов из лапаротомного доступа 56,1±17,6 года, лапароскопически и лапароскопически ассистированного 39,0±14,4 года. Полученные

результаты. Оценка по шкале Вое в группе пациентов, оперированных из лапаротомного доступа составила $2,3 \pm 0,7$, баллов, лапароскопически ассистированных и лапароскопических $0,9 \pm 0,2$ баллов. Размеры язвенного дефекта в группе пациентов с традиционными операциями составил - $10,6 \pm 9,3$ мм, лапароскопически ассистированных и лапароскопических - $5,7 \pm 5,3$ мм. Длительность оперативного вмешательства при традиционных операциях при прободной язве в среднем составила $81,0 \pm 31,3$ минут, при лапароскопических и лапароскопически ассистированных операциях $63,9 \pm 24,5$ минут. Послеоперационная летальность у пациентов с прободной язвой составила 17,4% и связана она со смертью 62 пациентов, 59 из них они оперированы из лапаротомного доступа, при оценке по шкале Вое 2 балла было у 21 больного и 3 балла у 38. 2 умерших больных оперированы из лапароскопически ассистированного доступа. Средний возраст умерших больных $70,0 \pm 13,7$ года. Послеоперационные осложнения в группе больных, оперированных традиционно, выявлены у 48 (28,6%) пациентов, при лапароскопически и лапароскопически ассистированных операциях у 17 (9,5%). Обсуждение полученных результатов. Использование шкалы Вое и лапароскопически ассистированного ушивания позволяет более чем у 50% пациентов выполнить малоинвазивную операцию. Относительная простота выполнения операции, короткий период обучения, длительность операции в пределах часа, низкое число послеоперационных осложнений позволяет обозначить это оперативное вмешательство как операцию выбора при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако, выполнение лапароскопически ассистированных операций ограничено сроками заболевания, выраженностью перитонита и коморбидностью самих пациентов. Увеличение доли малоинвазивных операций не приводит к уменьшению частоты летальных исходов при прободной язве, т.к. последнее связано с выраженностью сочетанных заболеваний, возрастом пациентов и длительностью заболевания.

314. Опыт лапароскопических вмешательств у детей с патологией поджелудочной железы

Соколов Ю.Ю. (1), Ефременков А.М. (3),
Туманян Г.Т. (1), Аюбян М.К. (2),
Уткина Т.В. (1), Ахматов Р.А. (1)

Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ (1),
ДГКБ святого Владимира ДЗМ (2),
ЦКБ с поликлиникой УДП (3)

Актуальность. Хирургическое лечение пороков и заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) является одним из самых сложных разделов в абдоминальной хирургии детского возраста. Редкая встречаемость патологии, сложные анатомические взаимоотношения, необходимость в реконструктивных операциях определяют трудности лечения данной патологии. Совершенствование эндохирurgicalических методик позволило в последние годы применить лапароскопический доступ в хирургии ПЖ у детей. Цель исследования: Определить эффективность лапароскопических вмешательств у детей с патологией ПЖ. Материал и методы. На клинических базах кафедры детской хирургии РМАНПО за последние годы детям в возрасте от 1 месяца до 16 лет было выполнено 36 лапароскопических операций на ПЖ. При диффузных формах врождённого гиперинсулинизма применили субтотальную панкреатэктомию (7), при фокальной форме с локализацией фокуса в теле и/или хвосте ПЖ выполнили дистальную резекцию ПЖ с сохранением селезёнки (2), при локализации фокуса в головке ПЖ произвели резекцию головки ПЖ с наложением дистального панкреатикоеюноанастомоза с выключенной петлёй по Ру (1). При инсулиномах выполнили энуклеацию образования (3) или дистальную резекцию ПЖ (1). При псевдокистах ПЖ наложили цистоеюноанастомоз (6), выполнили иссечение кисты с продольным панкреатикоеюноанастомозом (2) или с дистальным панкреатикоеюноанастомозом (1). При хроническом панкреатите и вируснолитиазе применили панкреатикоеюноанастомоз по Фрею (2). У 9 детей с солидно-псевдопапиллярной опухолью ПЖ выполнили энуклеацию образования (2), дистальную резекцию ПЖ с сохранением селезёнки (4), центральную резекцию ПЖ с наложением

дистального панкреатикоеюноанастомоза (2) или панкреатикогастроанастомоза (1). При очаговых поражениях ПЖ произвели экстирпацию кистозного удвоения желудка (2), иссекли кавернозную лимфангиому (1) и выполнили эхинококэктомию (1). При полном травматическом разрыве ПЖ прибегли к дистальной резекции ПЖ с сохранением селезенки (2). Результаты. Конверсия потребовалась в 2 случаях: у ребёнка с опухолью ПЖ из-за возникшего кровотечения и у пациента с псевдокистой ПЖ из-за выраженного перипроцесса в брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде кишечная непроходимость на уровне межкишечного анастомоза развилась в 1 наблюдении. В отдаленные сроки после эхинококэктомии у 1 больной сформировалась киста головки ПЖ, ей был наложен цистоеюноанастомоз с выключенной по Ру петель тонкой кишки. После субтотальной резекции ПЖ у 1 пациента в полости сальниковой сумки образовалась гематома с развитием вирсунгоррагии, которая была купирована консервативными мероприятиями. После резекции головки ПЖ в 1 случае сформировался стеноз интрапанкреатического отдела холедоха, что потребовало наложения лапароскопического холецистодуоденоанастомоза. Заключение. Таким образом, при икоррекции врожденных и приобретенных заболеваний ПЖ лапароскопические вмешательства являются эффективными и малотравматичными. Объем и техника миниинвазивных операций определяются видом патологии, возрастом больных и развившимися осложнениями. Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических операций на ПЖ у детей сопоставимы с результатами открытых вмешательств.

315. Миниинвазивные вмешательства у детей с кистозными расширениями желчных протоков

Соколов Ю.Ю. (1), Ефременков А.М. (3),
Туманян Г.Т. (1), Аюбян М.К. (2),
Уткина Т.В. (1), Ахматов Р.А. (1)

Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ (1),
ДГКБ святого Владимира ДЗМ (2),
ЦКБ с поликлиникой УДП (3)

В настоящее время оптимальным объемом хирургического вмешательства при врожденном кистозном расширении желчевыводящих протоков (КРЖП) считается тотальное иссечение внепеченочных желчных путей, холецистэктомия с последующим наложением того или иного варианта билиодигестивного соустья. В последние годы отмечается активное внедрение эндовидеохирургических вмешательств у детей с билиарной патологией. Цель исследования: определить эффективность различных вариантов эндовидеохирургических вмешательств у детей с КРЖП. Материалы и методы. За последние 10 лет лапароскопические вмешательства были выполнены 61 пациенту с КРЖП в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Девочек было 42 (69%), мальчиков – 19 (31%). Всем больным диагноз был установлен при ультразвуковом исследовании. Анатомический вариант КРЖП был уточнен при проведении ретроградной холангиопанкреатографии в 12 случаях и/или магнитно-резонансной холангиографии у 52 пациентов. С целью уточнения варианта порока была проведена 3 пациентам выполнена интраоперационная холецистохолангиография. Предварительная холецистостомия потребовалась 5 пациентам с механической желтухой. Иссечение кисты холедоха, холецистэктомия и наложение билиодигестивного анастомоза в тотальном лапароскопическом варианте было выполнено 25 (41%) пациентам. Лапароскопически-ассистированное оперативное вмешательство с эктсакорпоральным формированием Ру-петли было применено у 36 (59%) детей. Из вариантов билиодигестивных соустьев у 52 (85,2%) детей использовали гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) с выключенной по Ру петель тонкой кишки, в 9 (14,8%) случаях – гепатикодуоденостомию «конец в бок». Результаты. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. Средняя продолжительность

оперативных вмешательств составила 180 минут. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 6 (9,8%) пациентов. Из них в 5 случаях развилась кишечная непроходимость вследствие перегиба отводящей от межкишечного анастомоза петли тонкой кишки, что потребовало у 2 детей релапароскопии и разделения спаек, а у 3 больных – минилапаротомии и реконструкции нтерозентероанастомоза. Несостоятельность ГЕА была установлена в сроки от 3 до 14 суток у 4 пациентов и была устранена путем повторного наложения билиодигестивного соустья в ходе релапароскопии (2) или лапаротомии (2). В отдаленные сроки у 2 (4,1%) больных возник стеноз ГЕА, что потребовало лапаротомии и реконструкции билиодигестивного анастомоза. Заключение. Наш опыт свидетельствует о том, эндовидеохирургические вмешательства у детей эффективны в разных возрастных группах при различных анатомических вариантах КРЖП. Наряду с видеоассистированными вмешательствами, экстирпация кисты холедоха и наложение билиодигестивного анастомоза могут быть выполнены в тотальном лапароскопическом варианте. Ближайшие и отдаленные результаты эндовидеохирургических вмешательств у детей с КРЖП могут быть сопоставимы с результатами открытых операций.

316.Использование нетканого биодеградируемого материала в лечении ран различного генеза и локализации

Петрова В.В., Смирнов Г.А., Аржелас М.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И.Пирогова (199034, Санкт-Петербург, Университетская наб. д.7-9).

Актуальность проблемы. Лечение ран различной этиологии является серьезной дорогостоящей проблемой современной медицины. При этом, восстановление кожного покрова и объема мягких

тканей представляется наиболее актуальным. Для решения этой проблемы у пациентов с хроническими ранами необходим стимулирующий эпителизацию компонент, который может включать как факторы эпидермального роста, так и клеточные компоненты, активирующие неопангигенез. Применение биопластических материалов на основе коллагена является одним из важнейших направлений современной реконструктивной хирургии. В настоящее время для закрытия раневых дефектов широко используются препараты нативного коллагена. Коллаген играет важную роль на всех стадиях раневого процесса и служит основным внеклеточным компонентом для образования соединительной ткани. Цель исследования. Изучение эффективности безклеточных дермальных матриц на основе хитозана в закрытии раневых дефектов мягких тканей. Материалы и методы. Нами был проанализирован опыт лечения пациентов с хроническими ранами различного генеза в третьей фазе раневого процесса с использованием биодеградируемого материала на основе электроформованных хитозановых субмикронных волокон и полипролена (хитопран с полипроленом). В исследование были включены 15 пациентов. Из них: 4 пациента с трофическими язвами на фоне ХВН (26,6%); 2 пациента с синдромом диабетической стопы (13,3%); 7 пациентов с хроническими ранами после перенесенных травмы или оперативных вмешательств (46,6%); 1 пациент с язвой смешанного генеза (6,6%) и 1 пациент с язвой после лучевой терапии (6,6%). Средний возраст пациентов составил 56,8+ 10,2 года. Распределение по полу составило: мужчин 6 , женщин 9. Длительность существования ран до начала лечения составило от 1 месяца до 2 лет. Перед началом использования препарата добивались деконтаминации ран, уменьшения глубины раневого дефекта, роста в ране зрелой грануляционной ткани. Хитопран применялся в виде раневого покрытия из нетканного полотна на основе нановолокон хитозана. Повязка накладывалась на подготовленную рану так, чтобы покрывала всю раневую поверхность и выступала за край раны (до 1 см). Следующая перевязка осуществлялась через 5-7 суток (в зависимости от размера дефекта). В большинстве случаев за это время на раневой поверхности образовывался сухой струп, и более перевязок не требовалось. Струп отторгается самостоятельно в течение 10-15 дней. После отторжения струпа оставалась полностью эпителизованная поверхность. Чаще всего такое течение процесса наблюдалось при небольших по

площади раневых дефектах. В случае, если к исходу 5 суток струп не образовывался, то повязка Хитопран накладывалась повторно вновь на 5-7 суток. Клиническую оценку результатов лечения проводили на основе визуального контроля над течением раневого процесса и контроля сроков эпителизации. Результаты. У всех пациентов раны эпителизировались. У 8 пациентов эпителизация раны наступила после первого применения препарата, 6 потребовалось двукратное использование «хитопрана», у одного пациента эпителизация наступила только после третьей процедуры. Сроки эпителизации составили от 15 до 45 суток. Случаев повторного инфицирования ран и рецидивов за период наблюдения в течение 1 года отмечено не было. Выводы. 1. Пластика ран препаратом «хитопран» позволила добиться заживления у всех пролеченных пациентов. 2. Применение данного пластического материала дает возможность проведения всего курса лечения амбулаторно. Он прост и удобен в использовании для врачей и пациентов, обеспечивает безболезненные перевязки. 3. Использование биопластического материала нового поколения сокращает сроки заживления ран, позволяет добиться эпителизации в случаях, когда другие методы оказались неэффективны и характеризуется отсутствием осложнений.

317. Место эндовидеохирургических технологий в лечении рака прямой кишки у лиц пожилого и старческого возраста

*Хрыков Г.Н. (2), Хазов А.В. (1), Майстренко Н.А. (2),
Ромашенко П.Н. (2), Меджидов О.А. (2).*

Санкт-Петербург

1. СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»
2. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ

Актуальность. Рак прямой кишки (РПК) в России занимает третье место в структуре онкологической заболеваемости. Во всех экономически развитых странах отмечается неуклонный рост заболевших. В

России прирост заболеваемости в последние два десятилетия составил 28,8 и 16,9% у мужчин и женщин, соответственно. Лечение больных РПК сопровождается повышенной частотой осложнений и летальности, что обусловлено: 1) преимущественно пожилым и старческим контингентом больных; 2) высоким индексом коморбидности; 3) операционно-анестезиологическим риском; 4) большим количеством местно-распространенных форм; 5) поздней диагностикой. Хирургический способ является основным в лечении данной патологии. Однако, по данным литературы применение «эндовидеохирургических» (ЭВХ) технологий при лечении РПК у пациентов старших возрастных групп остается противоречивым. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 2570 больных раком прямой кишки пожилого и старческого возраста, которые находились на лечении в период с 2012 по 2017 год. Всем пациентам выполнялись плановые хирургические вмешательства. Согласно классификации возрастов ВОЗ, больные молодого возраста – 64(2,5%), среднего возраста – 470(18,3%), пожилого - 1378 (53,6%) больных, старческого - 658(25,6%). В соответствии с классификацией операционно-анестезиологического риска Американской ассоциации анестезиологов (ASA) пациенты с ASA I-II - 1301(50,6%), с высоким риском ASA III – 1020(39,7%), крайне высоким ASA IV-249(9,7%) больных. Пациентам выполнялись как «традиционные» оперативные вмешательства с ASA I-II - 1245 (48,4%), с ASA III - 957(37,2%), с ASA IV-261(10,2%), так и лапароскопические операции с ASA I-II - 56(2,8%), с ASA III - 38(1,5%), с ASA IV - 13(0,5%) больным, соответственно. Распределение по возрастным группам среди пациентов, прооперированных с помощью ЭВХ технологий, составило: молодой - 3(2,8%), средний - 23(21,5%) пожилой - 51(47,7%), старческий - 28(26,2%). Результаты и обсуждение. Количество послеоперационных осложнений в группе лапароскопически оперированных больных (n=107) составили 30 (28%) случаев. У пациентов, прооперированных «открытым» доступом (n=2463) частота осложнений составила 560 (22,7%). Анализ структуры осложнений по Clavien-Dindo показал, что несмотря на то, что в группе лапароскопически оперированных больных больше осложнений, тяжесть их легче. Так, осложнения IV и V степени (по Clavien-Dindo) в группе больных, оперированных «открытым» доступом, составили 269 (10,9%) случаев, тогда как у больных прооперированных лапароскопически всего 6 (5,6 %) случаев. Также

отмечено, что результаты лечения с применением эндовидеохирургических технологий помимо снижения количества тяжелых осложнений, сопровождаются уменьшением объема кровопотери в 2,3 раза, количества койко-дней в стационаре. Уровень 30-дневной смертности составил при «открытых» операциях 74 (3%) случаев, тогда как в группе больных, оперированных с помощью эндовидеохирургических технологий 3 (2,8%) случая. Выводы и рекомендации. Обоснованное применение ЭВХ технологий в лечении больных с диагнозом рак прямой кишки, приводит к уменьшению негативного влияния хирургического стресса, послеоперационной летальности и количества койко-дней. Выбор больных данной возрастной категории должен осуществляться совместно с анестезиологом, с применением современных шкал и индексов, определяющих операбельность пациентов, индекс коморбидности, операционный риск. Несомненно, применение эндовидеохирургических технологий в лечении больных с высоким индексом коморбидности (по Charlson), а также больных высокого и крайне высокого риска (по ASA) остается весьма спорным и требует дальнейшего изучения.

поджелудочной железы – 6, псевдокисты поджелудочной железы -11, последствия операций на поджелудочной железе (резекций ПЖ) по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований – 5 пациентов. Результаты: Все больные оперированы. Применялись следующие виды вмешательств: фистуло-энтеростомии - 5 больных, корпорокаудальные резекции «по свищу» - 8, фистулопанкреатоеюностомии - 13, резекционно-дренирующие операции (типа Фрея-Гальперина) – 11 пациентов. Оптимальные результаты получены после резекционно-дренирующих и дренирующих вмешательств на протоковой системе поджелудочной железы. Корпоро-каудальные резекции поджелудочной железы со свищем, а также фистуло-энтеростомии показали неудовлетворительные результаты, сопровождались осложнениями в раннем послеоперационном периоде: прогрессирующим панкреатитом - 1, повторным образование свищей по ходу дренажного канала – 1, формированием жидкостных образований в культе ПЖ - 1 больной. Заключение: при длительно функционирующих наружных панкреатических свищах оптимальным способом лечения является операция внутреннего широкого панкреатодигестивного дренирования, дополненная клиновидной резекцией паренхимы тела-хвоста и (или) головки pancreas при наличии признаков хронического воспаления.

318.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Бахтин В.А., Русинов В.М., Янченко В.А., Шихова Т.М.

Киров

КГМУ

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с наружными панкреатическими свищами. Материал и методы: Проведен анализ лечения 37 больных в клинике госпитальной хирургии Кировской ГМУ на базе I хирургического отделения Областной клинической больницы с 2013 по 2018гг. с длительно функционирующими наружными панкреатическими свищами. Причинами образования свищей явились: деструктивный панкреатит - 15 больных, травма

319.Моделировать сетчатый протез, или нет? Наш взгляд на хирургическое лечение грыж современными технологиями

Борота А.В., Енгенов Н.М., Плахотников И.А., Кухто А.П.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет, кафедра общей хирургии №1

Актуальность темы: Операции, выполняемые по поводу паховой грыжи, нередко занимают одно из первых мест среди хирургических вмешательств, осуществляемых планово в медицинских организациях. Критерии выбора способа

хирургического лечения больных с паховыми грыжами продолжают оставаться предметом научных дискуссий, что обусловлено не только широким распространением заболевания среди мужчин преимущественно трудоспособного (3-7%) возраста, но и многочисленностью технологий, предлагаемых для устранения грыж паховой локализации. Одной из популярных современных хирургических технологий устранения паховых грыж является лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (Trans Abdominal Preperitoneal Plasty-TAPP). Результаты применения TAPP сугубо позитивные, а частота случаев рецидивов заболевания составляет менее 1%, однако стремление к дальнейшей минимизации рецидивов должно сопровождать каждого практикующего хирурга. Возросшая актуальность проблемы объясняется доступностью, большим разнообразием техник операции и широчайшим распространением протезирующих герниопластик, а так же, вероятно, отклонением практикующими хирургами от традиционной техники операции. Количество таких больных обычно невелико, их поступление носит несистемный и периодический характер. Истинное количество рецидивов герниопластик очень трудно регистрировать, так как при анализе историй болезни или опубликованных мета-исследований необходимо выявить связь между разными случаями, иногда из разных регионов и разных больниц. Рецидив бывает сложно диагностировать, особенно когда пациент не наблюдается оперировавшим его хирургом и, пока он не обследован специалистом, сами пациенты не оценивают свой местный статус как рецидив грыжи. Истинная частота рецидивов грыж фактически несколько выше, чем публикуемые в литературе результаты. Особый интерес представляют сообщения авторов, которые сравнивают результаты использования разных методов паховой герниопластики лапароскопическим способом. Это позволяет целенаправленно объективно оценивать технологии герниопластики и модернизировать менее эффективные из них. Так как сравнительно небольшое количество рецидивов после лапароскопических герниопластик и как следствие наблюдений, индивидуальные причины рецидивов едва ли могут быть объединены в рандомизированное исследование, то в данном исследовании мы представляем наш клинический опыт наблюдения. Цель: Анализ больных при TAPP герниопластике у пациентов с моделированной (раскроенной) сеткой и без (цельной). Материалы и

методы Исследование выполнено на основании анализа данных о пациентах оперированных в ДоКТМО на базе кафедры общей хирургии №1 Донецкого медицинского университета им.М.Горького с 2008г. по 2018гг.. За текущий период обследовано и прооперировано 1213 больных с паховыми грыжами способом TAPP технологий. Применялись как отечественные протезы («Линтекс»), так и импортные («Prolene») Больные с паховыми грыжами выделены на 2 группы. Первая группа-826 пациентов, оперированных с раскроем сетки, вторая группа-387 пациентов, оперированные без раскроя сетки. Мужчин с моделированным протезом 584, с цельным протезом 278, женщин 242/109. Средний возраст от 18-80лет. По нозологии : с моделированием протеза – прямая 220, косая 602, рецидивная 4. Без моделирования сетки – прямая 301, косая 79, рецидивная 7. Лапароскопическая трансабдоминальная внебрюшинная герниопластика (TAPP) осуществлялась под комбинированным наркозом с соблюдением всех общепринятых норм (выделение грыжевого мешка, элементов анатомических структур, подготовка площадки под протез, размер протеза, точки фиксации) при выполнении подобных операций. Результаты исследования и обсуждение Результаты лечения больных ПГ разных групп оценивались по следующим критериям: длительность операции; частота развития осложнений; сроки возвращения к адекватной физической нагрузке; частота рецидивов. Средняя длительность операции (мин.) с раскроем 45, без раскроя 50. Длительность нахождения в стационаре в обоих случаях 2-3 дня. Социальная и трудовая реабилитация по 15дней. Осложнения при моделировании 14, без моделирования 8. Частота рецидивов с раскроенным протезом 4(0,48%), без раскроя протеза 7(1,8%). Анализируя данные таблицы мы пришли к выводу, что средняя длительность операции практически не отличается при обеих технологиях. Однако следует отметить, что нераскроенный протез достаточно сложно моделировать так, чтобы в 3-D проекции уложить проленовую сетку над паховыми ямками без деформации ее краев. Средняя длительность нахождения пациентов в стационаре, а так же их полная трудовая реабилитация так же достоверно не отличаются при различных технологиях. У нас не было цели подробно описывать типы осложнений, но тем не менее осложнения, которые мы наблюдали во время операции, а так же в послеоперационном периоде в основном были связаны с мобилизацией семенного канатика

(круглой связки) при раскроенном протезе. В случае цельного протеза-превалировали интраоперационные осложнения при выделении грыжевого мешка в случае длительного грыженосительства и частых эпизодов ущемления. Основное количество осложнений пришлось на так называемый период освоения методик. Частота рецидивов по нашим наблюдениям оказались выше при нераскроенных протезах (1,8%) чем при моделировании протеза (0,5%). По нашим наблюдениям причинами рецидивов при раскроенном протезе стали недостаточное восстановление ножек моделированного протеза, а так же большой диаметр отверстия моделированного протеза под семенной канатик (круглую связку). В случае нераскроенного протеза – почти в 90% случаев причиной рецидивов стали подворачивание нижнего края сетки и грыжевые ворота находились над крупными сосудами, где фиксация исключена. В случае раскроенного протеза так, или иначе семенной канатик (круглая связка) расползавшись над протезом способствуют к более плотному прилежанию сетки в этой зоне. Рекомендации : Результаты многолетнего применения лапароскопической TAPP при лечении пациентов с паховыми грыжами позволяют нам считать методику герниопластики с моделированным протезом более эффективной и предпочтительной. В последние 7 лет мы во всех случаях отдаем предпочтение технологиям с раскроенным протезом. Использование хирургической технологии с раскроенным протезом позволяют хирургу более качественно смоделировать над паховыми ямками протез. Подведение нижнего края раскроенных «штанов» под семенной канатик (круглую связку) позволяют более плотному прилежанию сетки над зоной крупных сосудов, где фиксация невозможна. В случае раскроенных протезов хирург мог бы повлиять на частоту рецидивов (если причина недостаточное сшивание « штанов») путем тщательного ушивания и нахлеста, а так же более точного выбора диаметра отверстия под семенной канатик (круглую связку). При цельных протезах такой возможности у хирурга нет.

320.Результаты аутопластической операции при рецидивных вентральных грыжах

*Топчиев М.А., Нурмагомедов А.Г., Паршин Д.С.,
Топчиев А.М., Мухтаров И.А.*

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ

Актуальность: Рецидивные вентральные грыжи встречаются от 20 до 60% случаях. Каждая последующая операция при рецидивных грыжах, рецидив увеличивается в два раза. Не смотря на широкое применение аллопротезов при хирургическом лечении послеоперационных грыж, применение собственных тканей в пластике остается ведущей. Применение аутокожи в укреплении анатомических структур на наш взгляд является перспективной. Цель: Улучшить результаты хирургического лечения больных с рецидивными вентральными грыжами. Материалы и методы: В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 120 больных послеоперационными вентральными грыжами различной локализации, которые были разделены на две группы, сопоставимые по полу и по возрасту. Критериями включения были больные с рецидивными вентральными грыжами передней брюшной стенки различной локализации. Критериями исключения явились больные с онкопатологией. Всем больным для определения локализации размеров грыжевого мешка и грыжевых ворот, состояние анатомических структур передней брюшной стенки проводилось КТ исследование. По классификации EHS больные распределялись: M2W3R1 - 34, M3,4W3R1 – 25, M4,5W3R1 – 21, L1W3R2 - 18, L3W2R1 – 12, L4W3R1 - 10. В первую группу вошли 56 пациентов, реконструкцией передней брюшной стенки с аутокожей, которая подготавливалась по предложенной методике (патент РФ №2011132679/14 от 03.08.2011). Вторая группа составила 64 больных с применением сетчатых эндопротезов. Все больные оперированы открытым методом по методикам SUBLAY, так и ONLAY. В группе больных с аутокожей 23 случаях лоскут фиксировался SUBLAY, 21 случае ONLAY. Во второй группе энпротез фиксировался только ONLAY. Как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде для выявления осложнений применяли УЗИ и КТ мониторинг передней брюшной стенки. Для оценки послеоперационной боли использовали

визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли (ВАШИБ) (10-балльную), где «отсутствие боли» (0) до «нестерпимой боли» (10 баллов). Результаты: Продолжительность операции у пациентов был почти сопоставим в обеих группах; в первой группе составила 120 ± 12 мин, во второй группе 125 ± 10 . Согласно полученным результатам средняя оценка уровня боли по визуальной – аналоговой шкале была статистически меньше в первой группе, где использовался дезэпителизированный кожный аутоотрансплантат и составила в первой группе $2,8 \pm 0,4$, во второй группе $3,7 \pm 0,5$ баллов. Из ранних послеоперационных осложнений фиксировали такие осложнения как серомы, гематомы, невралгии и парестезии. При анализе послеоперационных осложнений в первой группе получено 1,78% осложнений, во второй группе осложнений было больше и составило 23,4%. Из отдаленных послеоперационных осложнений наблюдалось 3 рецидива во второй группе наблюдения. В первой группе рецидива заболевания не наблюдалось. Период наблюдения составил от 1 до 8 лет. Заключение: Предложенная методика герниопластики с применением дезэпителизированного кожного трансплантата в сравнении с аллопластикой дает лучшие результаты, что подтверждается показателями ранних и поздних послеоперационных осложнений.

321.К истории отечественной клинической хирургии: вопросы периодизации

Глянцев С.П.

Москва

ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»
Минздрава России

Разработана периодизация 300-летнего развития хирургии в России, приведены хронологические рамки и обозначения каждого периода, выделены основные факты и события. 1-й период (XVIII век). Начало отечественной хирургии. Н.Л. Бидлоо (1674 – 1735): первые госпиталь и госпитальная школа (1706). Начало подготовки медико-хирургов: учебные пособия по анатомии и хирургии,

преподавание анатомии и хирургии в Московском университете, Медико-хирургические училища и Медико-хирургическая академия (1798). 2-й период (1-я половина XIX века). Начало клинической хирургии в России. И.Ф. Буш (1800) и первая школа хирургии в России. Клинико-анатомическое направление в хирургии. Внедрение этапного преподавания хирургии: кафедры пропедевтики, факультетской и госпитальной хирургии (1846). 3-й период (2-я половина XIX века). Внедрение наркоза и антисептики в отечественную хирургию, начало институализации хирургии в России. Применение наркоза, научная и военно-полевая хирургия. Н.И. Пирогов (1810 – 1881) и его вклад в хирургию. Земская реформа в России. Внедрение антисептики и асептики. Начало хирургической печати в России, организация хирургических обществ и 1-й съезд Русских хирургов. Н.В. Склифосовский (1836 – 1904) и его деятельность. 4-й период (1900-е – 1930-е годы). Социальные потрясения в России, начало специализации отечественной хирургии, развитие научных школ, печати и общественных объединений хирургов. Войны и революции начала века. Хирургия и политика. Сосудистая хирургия, реконструктивная хирургия, травматология и ортопедия, гнойная хирургия, эндокринная хирургия, хирургия желчных путей, урология, внутривенный наркоз, хирургия мозга и нервов, хирургия желудка, онкохирургия, хирургия туберкулеза, детская хирургия, хирургия воспаления, местная анестезия. Хирургические печать, общества и съезды. С.П. Федоров (1869 – 1936) и его школа клинической хирургии. 5-й период (1940-е – начало 1950-х годов). Великая Отечественная война, дальнейшее развитие военно-полевой и научной хирургии, развитие наркоза, начало академической и грудной хирургии. Н.Н. Бурденко (1876 – 1946) и развитие военно-полевой хирургии. «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.»; «Атлас огнестрельных ранений». Создание АМН СССР (1944) и Института хирургии АМН СССР. Развитие эндотрахеального наркоза и начало грудной хирургии. 6-й период (2-я половина XX века). Дальнейшая специализация и институализация отечественной хирургии, распад СССР и рождение новой России. А.Н. Бакулев и хирургия легких, сердца и сосудов. П.А. Куприянов и развитие грудной хирургии. А.А. Вишневский (ст.) и экспериментально-клиническое направление в хирургии. Б.В. Петровский и его школа в области клинической хирургии. Создание и развитие хирургических НИИ. Хирургическая печать, хирургические съезды и хирургические общества в

СССР. Распад Советского Союза, влияние рыночных отношений на развитие отечественной хирургии. 7-й период (XXI век). Модернизация и техницизм отечественной хирургии: внедрение в хирургию «высоких технологий». Прецизионная и малоинвазивная хирургия мозга, органов живота и грудной клетки, микрохирургия, искусственные органы; эндоскопическая, эндоваскулярная, робот-ассистированная и гибридная хирургия; фетальная и гериатрическая хирургия. Хирургические печаль, съезды и общества в новой России. Создание федеральных НМИЦ хирургии. Новые подходы к организации хирургической помощи населению Российской Федерации. Таким образом, в истории отечественной хирургии с начала XVIII века по настоящее время можно выделить семь крупных периодов, различных по продолжительности, количеству лидеров, подходам к развитию хирургии и обучению хирургов, методам диагностики и лечения болезней, а также по социально-политическим условиям (войны, революции и др.), в которых находилось российское общество, медицина и хирургия.

322. Показания к эндоскопической хирургии таза

*Лобанов Г.В., Кузьменко Д.В.,
Прудников Ю.В., Боровой И.С.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний

Введение: Разрушение таза сопровождается многофрагментарностью повреждений и занимает 4-е место среди сочетанных травм. Фрагментарная травма таза – это минимально двойное повреждение (перелом “straggle fracture”). Развитие эндоскопии в тазовой хирургии затруднено из-за проблем создания рабочего пространства над зоной разрушения. Эндоскопия тазобедренного сустава – это процедура специализированных клиник (дорогостоящее оборудование, сложность визуализации патологии)

и т.д. Ультразвуковая навигация становится более доступной, но сохраняются проблемы оператор связанного использования метода и проблем с интерпретацией полученной картинки в сложном 3-мерном континууме таза. Цель исследования: разработать показания для эндоскопической тазовой хирургии и обосновать возможности использования сонографической навигации. Материалы и методы: Анализ 94 больных с фрагментарными повреждениями таза, лечившихся в клинике кафедры и РТЦ с 2013 по 2019 год. Выделено 3 клинические группы: 1 группа (35 больных) – консервативное лечение; 2 группа (35 больных) – накостный и внутрикостный синтез; 3 группа (24 больных) использовали элементы внешней фиксации для манипуляции типа «джойстик» и эндоскопический синтез таза с сонографической навигацией. Для эндоскопии использовали стойку «Karl Storz», порты формировали для ревизии эндоскопом линии повреждения и использовали как доступ для винта, контролируемого ультразвуком. Там же создавали рабочее пространство над зоной повреждения путем гидропрепаровки тканей физиологическим раствором и отведением мышц через рабочий порт ревизионным зондом или узким элеватором. Это позволяло отмыть внутритазовые гематомы и обеспечить рабочее пространство для инструментария. Репозицию перелома выполняли при помощи отдельно введенных во фрагменты стержней, которые в последующем использовались для внешней фиксации, либо заменялись на стабилизирующие винты. Синтез выполняли как стандартными, так и оригинальными конструкциями с использованием приспособленного и специально разработанного инструментария. Контроль репозиции и синтеза выполняли с помощью УЗИ и рентгенографии (ЭОП). Кровопотеря составляла 150 ± 50 мл, а в послеоперационном периоде – 100 ± 15 мл. Активизацию пациентов в 1 и 2 групп выполняли в стандартные сроки, принятые по используемым методикам. В 3 группе – с 3 дня, с программой индивидуальной реабилитации, которая соответствовала морфологии разрушения и способа стабилизации. Осложнений во всех клинических группах не отмечали. Результаты и обсуждение: Консервативное лечение фрагментарных повреждений не эффективно, что обусловлено дислокацией фрагмента за счет тракции мышцы с интерпозицией её в зону перелома. Скелетирование при традиционных доступах приводит к мышечному дисбалансу. Мы использовали внешнюю фиксацию (Патенты

Украины №63828 А, №31590, №6574), устройства для репозиции подвздошной кости (Патенты Украины №8944, №8945). Сонографическая навигация и эндоскопический контроль при вправлении и стабилизации. Дозированное управление фрагментами по правилу «один фрагмент – один стержень». Точность сопоставления контролируется эндоскопически, а динамику репозиции – ультразвуком. Сохранение неповрежденным мышечного корсета и стабильность фиксации, определяет раннее восстановление локомоторной функции. Во 2 и 3 группе, где репозицию сочетали с диафиксацией винтами в одной плоскости, рентгенологически в 4 случаях отмечен диастаз до 10 мм, что потребовало ужесточения фиксации тазовым поясом. Далее в 3 группе используем встречную диафиксацию винтами либо в перекрещивающихся плоскостях. Отличные и хорошие результаты в 1 группе – 62%; во 2 – 53%; в 3 – 76%. У больных 3 группы ранняя активизация сократила постельный режим до 3,2±2 дней и стационарное лечение до 16,8±3 дней. Выводы: Показания для эндоскопической тазовой хирургии: 1. Крупные фрагменты при разрушении таза; 2. Вовлечение в разрушение стенок и дна вертлужной впадины; 3. Наличие интерпозиции мышцами, подтвержденная сонографическим исследованием.

323.Использование лапароскопической герниопластики IPOM в хирургии вентральных и послеоперационных грыж

*Кисляков В.Н., Ковалев С.А., Завгородняя Р.Н.,
Велиев К.С., Алибеков А.З.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный
Медицинский Университет»

Лапароскопическая герниопластика IPOM является одной из передовых техник лечения грыж. Если использование IPOM при размерах грыжевых ворот W3 и W4 еще вызывает сомнение и споры хирургов, то при размерах грыжевых ворот W1 и W2- лапароскопическая герниопластика может быть

методом выбора. По этому актуальным является изучение целесообразности использования IPOM пластики у пациентов с размерами грыжевых ворот до 100 см². Цель: Оценка хирургического лечения пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами с использованием лапароскопической герниопластики IPOM. Материалы и методы: Выполнен ретроспективно-проспективный анализ хирургического лечения 144 пациентов с вентральными грыжами. Из них 64% женщины и 36%- мужчины, в возрасте от 20 до 79 лет. Средний возраст пациентов составил 48 ± 5,3 лет. ИМТ у 19 больных был более 40 кг/м². По мимо стандартного обследования, всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Размеры грыжевых ворот колебались от 3 до 160 см². Производилась обзорная лапароскопия, адгезио и герниолизис, интраперитонеальная установка сетчатого эндопротеза «Реперен» (Нижний Новгород). Фиксацию эндопротеза к брюшной стенке проводили при помощи трансфасциальных швов и эндокорпорального шва. Результаты: Интраоперационных осложнений не наблюдали. Все операции выполнены только из лапароскопического доступа. Большинство пациентов уже на 2-3 день после операции не нуждались в обезболивающих препаратах и могли быть выписаны домой. После операции на 1-е сутки больным разрешали вставать, самостоятельно передвигаться. Рецидивы наблюдались у 4 пациентов с размерами грыжевых ворот более 100 см². Обсуждение результатов: Выполнение УЗИ исследования передней брюшной стенки на дооперационном этапе позволило избежать повреждение сосудов во время операции и, как следствие, гематом в раннем послеоперационном периоде. Установка первого троакара осуществляется через герниотомический разрез непосредственно в грыжевые ворота без острого стилета, что позволяет избежать повреждения внутренних органов при наличии спаечного процесса. Проведенное исследование показало, что использование лапароскопической герниопластики снижает количество сером по сравнению с контрольной группой в два раза, достоверно снижает риски образования гематом и инфильтратов. Использование IPOM пластики статистически достоверно уменьшает продолжительность операции, сроки восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника. Отмечено достоверное уменьшение длительности приема анальгетиков и сроков пребывания в стационаре. Выполнен анализ

восстановления трудоспособности в зависимости от метода и размеров грыжевого дефекта. Трудоспособность восстановлена во всех случаях. Обращает на себя внимание, что в сроках выполнения умственного и легкого труда не было существенного различия. Выполнение труда средней степени тяжести было возможно спустя 2.5-3 недели у пациентов первой группы, а тяжелого труда спустя 1.5 месяца. У пациентов же контрольной группы занятие трудом средней степени тяжести и тяжелым трудом было возможно только к 2-2.5 месяца. Выводы: 1. Использование модифицированного способа внутрибрюшинной лапароскопической герниопластики IPOM является безопасным способом лечения пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами с размерами грыжевых ворот W1-W2, позволяет достоверно уменьшить риск образования послеоперационных сером почти в 2 раза, а так же образование гематом передней брюшной стенки и инфильтратов. Использование лапароскопических технологий позволяет уменьшить послеоперационный болевой синдром, избежать гематом передней брюшной стенки, уменьшить сроки пребывания в стационаре, снизить необходимость введения парэнтеральных анальгетиков ($p < 0.05$) 2. Наиболее существенны преимущества герниопластики IPOM, перед «открытой» герниопластикой, в реабилитации и восстановления трудовой деятельности у людей, занимающихся трудом средней степени тяжести и тяжелым трудом ($p < 0.0001$). Существенных изменений в сроках выполнения умственного и легкого труда не выявлено.

324. Оценка вероятности дуоденобилиарного рефлюкса после эндоскопической литоэкстракции разными методиками

*Ринчинов В.Б. (1), Плеханов А.Н. (2),
Хитрихеев В.Е. (2), Твердохлебов П.О. (1),
Гармаев Б.Г. (1)*

Улан-Удэ

- 1) ГАУЗ "Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко",
- 2) Бурятский Государственный Университет

Актуальность. Весьма неприятным поздним осложнением после эндоскопических вмешательств по поводу холедохолитиаза является дуоденобилиарный рефлюкс. До сегодняшнего времени отсутствовали репрезентативные данные, касающиеся риска возникновения дуоденобилиарного рефлюкса в зависимости от методики эндоскопического вмешательства. Материалы и методы. В данной работе на 90 больных в возрасте $52,5 \pm 6,4$ лет, перенесших эндоскопическую литоэкстракцию различными методиками, проводилось исследование морфологических признаков (определение наличия воздуха в холедохе – по данным компьютерной томографии; оценка степени рубцовой деформации – при проведении контрольной дуоденоскопии), определяющих функциональное состояние большого дуоденального сосочка. Пациенты были поровну рандомизированы в 3 группы: основная ($n=30$) – эндоскопическая парциальная папиллосфинктеротомия в сочетании с баллонной дилатацией; клинического сравнения 1 ($n=30$) – эндоскопическая папиллосфинктеротомия по классической методике, клинического сравнения 2 ($n=30$) – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с механической литотрипсией. Наблюдение за пациентами осуществлялось через 9 месяцев после проведения операции. При этом удалось обследовать лишь половину прооперированных пациентов ($n=48$; 54%). С целью определения воздуха в желчевыводящих путях пациентам проводилась мультиспиральная компьютерная томография. В случае наличия воздуха в желчевыводящих путях ставился диагноз дуоденобилиарного рефлюкса, а при отсутствии воздуха – предполагалось, что сфинктер большого дуоденального сосочка функционирует удовлетворительно. Наличие возможного дуоденобилиарного рефлюкса определялось и по

данным контрольной дуоденоскопии. Предполагалось, что чем выраженнее рубцовая деформация области большого сосочка двенадцатиперстной кишки, тем выше риск наличия дуоденобилиарного рефлюкса. Условно различались следующие виды рубцовых изменений: рубцовые изменения с зиянием сосочка; рубцовые изменения без зияния сосочка. Статистическая обработка данных проводилась с использованием современных стандартизованных методов, различия считались значимыми при $p < 0,05$. Результаты исследования и их обсуждение. Как показали проведенные наблюдения, наличие воздуха в желчевыводящих путях достоверно чаще определялось у пациентов группы клинического сравнения 1 – 60%. В свою очередь, в основной группе и группе клинического сравнения 2 наличие воздуха в желчных протоках регистрировалось достоверно реже – лишь в 20%. Рубцовые изменения с зиянием большого дуоденального сосочка статистически чаще определялось у пациентов группы клинического сравнения 1 (они были прооперированы с использованием эндоскопической протяженной папиллосфинктеротомии) (60%). Рубцовые изменения без зияния сосочка чаще отмечались в основной группе (40%). Таким образом, сохранение функции большого дуоденального сосочка и, соответственно, минимальный риск возникновения дуоденобилиарного рефлюкса, наблюдается в случае использования эндоскопической парциальной папиллосфинктеротомии. В свою очередь, классическая эндоскопическая папиллосфинктеротомия является достаточно травматичной операцией в отношении функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки и приводит к развитию дуоденобилиарного рефлюкса. Заключение. При выборе лечебной тактики по поводу крупного холедохолитиаза целесообразно отдавать предпочтение эндоскопической парциальной папиллосфинктеротомии, поскольку при данной операции практически не наблюдается нарушения функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки и, как следствие, минимизируется риск возникновения дуоденобилиарного рефлюкса.

325. Малоинвазивная технология лечения свернувшегося гемоторакса

*Лишенко В. В., Зайцев Д. А., Хохлов А. В.,
Попов В. И., Слободкина А. С.*

Санкт-Петербург

ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России

Свернувшийся гемоторакс (СГ) – частое осложнение травм груди (до 52 %) и операций на органах грудной клетки (3 %). Традиционное лечение СГ, с том числе и «нагнаивающегося» предусматривает проведение санирующей операции – удаление свертков крови, напластований фибрина, отмывание полости и ее дренирование. В настоящее время предпочтение отдается т.н. малоинвазивным – торакоскопическим операциям, однако, при ближайшем рассмотрении они оказываются не такими уж малоинвазивными, поскольку, как правило, требуют общего наркоза с раздельной интубацией бронхов, двух-трех троакарных отверстий для адекватного обеспечения оперативного пособия. Мы предлагаем действительно малоинвазивную методику ликвидации СГ и его различных форм – «нагнаивающегося» СГ, гемоплеврита, развившейся эмпиемы плевры на субстрате – СГ. Методика заключается в следующем. Производится катетеризация полости СГ – любым катетером (для катетеризации центральных вен – 8 – 9 Fr); максимально аспирируется жидкая часть содержимого полости, затем в нее вводится раствор фермента (прямого протеолитического действия – террилитина или активатора эндогенного плазминогена – стрептазы, стрептокиназы и т.п.). Террилитин (терридеказа), которыми мы чаще всего пользуемся вводится в минимальном объеме растворителя – 0,9 % хлорида натрия в дозе 100 ПЕ на 100 – 150 мл субстрата. Объем последнего примерно вычисляется по данным компьютерной томографии или УЗИ плевральной полости. Экспозиция введенного препарата составляет около 5 часов, затем катетер открывается и лизированный субстрат пассивно эвакуируется в присоединенный пластиковый мешок. На следующий день процедура повторяется, при помощи шприца аспирируется жидкость из плевральной полости, промывается антисептиком, вводится протеолитический препарат. Объем раствора фермента можно увеличить до 1/3 объема эвакуированного накануне содержимого полости. При рентгенологическом

контроле отмечается уменьшение остаточной полости по мере лизиса и эвакуации СГ. Критерием успешности санации является ликвидация полости и отсутствие «ответа» на введение протеолитического препарата – поступление по катетеру минимального количества отделяемого сукровичного характера. В этом случае в остаточную полость вводится суточная доза антибиотика в 10 мл физиологического раствора и катетер удаляется. Иногда приходится удалять под контролем УЗИ «остаточную», «реактивную» жидкость из этой зоны через 2-3 дня. Следует отметить, что внутривидеальное введение протеолитиков может сопровождаться гипертермией, которая, впрочем, легко купируется введением обычных антипиретиков. Мы имеем опыт лечения СГ у 57 пациентов. Из них 38 мужчины, 19 - женщины. Возраст пострадавших колебался от 18 до 65 лет (в среднем – $37 \pm 4,1$). У 54 был посттравматический СГ, у 3 послеоперационный. Объем СГ от 150 до 450 мл. Количество введений препарата было от 2 до 7. Стоимость введенного препарата на курс лечения составила от 1000 до 4000 рублей, в зависимости от объема субстрата и количества введений, он практически не имеет противопоказаний к применению. У всех пациентов достигнут хороший клинический результат – полная ликвидация СГ.

326. Синдром Бурхаве. Лапароскопическая фундопликация в экстренных условиях

*Дибиров М.Д. (1), Семенякин И.В. (2),
Кутырев Е.А. (3), Ерин С.А. (3), Семенов Ф.А. (3),
Соловьев В.В. (3), Косаченко В.М. (3)*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова;
- 2) РЦНХ им. Акад. Б.В. Петровского;
- 3) ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ;

Актуальность. Несмотря на развитие хирургии, совершенствования методов диагностики, на фоне развившихся осложнений (флегмона глубоких клетчаточных пространств шеи, медиастинит, эмпиема плевры, сепсис, пищеводно-респираторные свищи, эрозивные кровотечения и

т.д.) послеоперационная летальность высока. При условии ранней диагностики синдрома Бурхаве (СБ) и проведения адекватного хирургического лечения в течение первых 6-12 часов после возникновения разрыва 50 % и более. При отсрочке адекватного лечения на 48 часов — приближается к 90 %, а при отсутствии лечения смертность близка к 100 %. Все публикации за последнее время описывают, как правило, единичные случаи. На фоне основных принципов интенсивной терапии и реанимации описаны методы хирургического лечения торакальным доступом (торакотомия, медиастинотомия), лапаротомным доступом, в том числе с наложением гастростомы, и комбинацией методов. Цель работы является демонстрация клинического случая разрыва пищевода у пациента, поступившего через 5 суток, лапароскопическим доступом. Материалы и методы. Пациент 3. 60 лет поступил в отделение общей реанимации 14.02.2018 г. в 22.30, в крайне – тяжелом состоянии. Из анамнеза выяснено, что болен с 9.03.2018 г., на фоне рвоты, появились сильные боли в грудной клетке и за грудиной, принимал анальгетики, без эффекта. Вызывал 10.03.2018 г. участкового терапевта, принимал по рекомендации парацетамол. Усиление болей за грудиной, одышка 11.03.2018 г. Вызвана МСП доставлен в ГКБ №13, куда поступил с впервые зафиксированным пароксизмом фибрилляции предсердий. При КТ грудной клетки диагностирован гидроторакс справа, подозрение на ограниченный пневмоторакс справа. Пациент переведен в ГКБ им. Спасокукоцкого С.И. Начата комплексная детоксикационная и антибактериальная терапия, обследование. На обзорной рентгенографии грудной клетки и контрастном исследовании пищевода подтвержден гидроторакс справа, заподозрен медиастинит (синдром Бурхаве), выполнена рентгеноскопия пищевода. Затека контраста за контуры пищевода не выявлено. На эзофагоскопии 15.03.2018 г. в 15.45, выявлен глубокий линейный дефект слизистой кардиоэзофагеального перехода без признаков кровотечения, гастродуоденит, рефлюкс-эзофагит. В брюшной полости патологии не определялось. Выполнена лапароскопия. В брюшной полости выпота нет. Выделено пищеводное отверстие диафрагмы (ПОД), ретроэзофагеальное пространство, проведена хиатотомия кпереди, ревизовано средостение. Выявлена инфильтрация, наложения фибрина (удалены) линейный разрыв задней стенки нижней третьей части пищевода до 1,0 см выше кардиального отдела (интраоперационно эзофагоскопия). Далее выше

ревизовано средостение и эвакуировано 400,0 мутного сливкообразного гноя, проведена санация, установлены два двухпросветных дренажа до верхней апертуры грудной клетки, через пищеводное отверстие выведены на переднюю брюшную стенку, для активной аспирации и санации. Сформирована циркулярная высокая фундопликационная манжета Ниссена, медиастинальное расположение. Дренаж в брюшную полость к ПОД. Назогастральная интубация. Результат. На фоне интенсивной терапии с экстракорпоральной детоксикацией, антибиотикотерапии положительная динамика. Поэтапно дренажи удалены после полной санации средостения. В послеоперационном периоде правосторонняя пневмония. Выписан 12.04.2018. Выводы. Лапароскопия, фундопликация и медиастинальное расположение в условиях гнойного процесса в средостении без гастростомии и полный арсенал интенсивной терапии. Возможно данное сочетание позволило сохранить пациенту жизнь, работая в статистических пределах от 99 до 100% летальности.

327. Сравнительная оценка различных методов антеградной эндобилиарной декомпрессии желчевыводящих путей

Ребров А.А. (1), Семенов Д.Ю. (2), Гуня З.А. (1),
Мельников В.В. (1), Ваганов А.А. (1)

Санкт-Петербург
2) Москва

1) СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова
2) ГБУЗ Московской области "МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского"

Актуальность: Чрескожное эндобилиарное дренирование – ведущий метод декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе опухолевого генеза, а в ряде случаев и холелитиаза. Несмотря на накопленный опыт и отработанные методики, данные вмешательства имеют свои специфические осложнения, частота которых, по данным разных авторов, варьирует от 0,5 до 33%. Особое место в структуре осложнений после ЧЧЭВ

занимают инфекционные - от острого холангита до развития холангиогенного сепсиса. Они встречаются в 15% наблюдений, а без адекватной антибиотикопрофилактики их частота возрастает до 40—60%. С этой точки зрения наибольшую опасность представляют транспапиллярные вмешательства. При данных операциях частота развития холангитов, абсцессов печени, холангиогенного сепсиса многократно возрастает, что в первую очередь связано с дуоденобилиарным рефлюксом. Цель работы: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой после первичной антеградной эндобилиарной декомпрессии. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 82 пациентов с механической желтухой за период с 2007 по 2017 года. В исследование включены пациенты с дистальным блоком ЖВП различного генеза. В качестве первичной декомпрессии ЖВП выполнены чрескожные антеградные эндобилиарные вмешательства под УЗ- и Rg-контролем. В зависимости от способа первичной эндобилиарной декомпрессии пациенты были разделены на три группы. 21 пациенту декомпрессия ЖВП осуществлялась с помощью наружного желчеотведения; 30 больным выполнено наружно-внутреннее транспапиллярное дренирование; 31 пациенту декомпрессия произведена с помощью оригинального метода комбинированного наружно-внутреннего эндобилиарного дренирования (патент на изобретение №2661035). Средний возраст исследуемых больных составил 65,6±1,4 лет. Продолжительность желтухи на момент поступления составила 16,7±3,49 суток. Средний уровень общего билирубина крови составлял 263,4±161,2 мкмоль/л. По тяжести механической желтухи по классификации Э.И. Гальперина 24(29,3%) пациента были отнесены к классу С, а остальные 58(70,7%) – к классу В тяжести механической желтухи. Результаты: послеоперационные осложнения зарегистрированы в 28% наблюдений (23 пациента). Анализ частоты развития послеоперационных осложнений при разных видах антеградной эндобилиарной декомпрессии показал, что осложнения наружно-внутреннего транспапиллярного дренирования встречались значительно чаще ($p=0,0004$). Достоверных различий между частотой возникновения осложнений в группах наружного и комбинированного дренирования не было ($p=0,42$). В структуре осложнений после транспапиллярных операций желчеотведения преобладали

осложнения инфекционного характера, которые диагностированы в 40% случаев. Инфекционных осложнений в группе комбинированного дренирования не отмечено. Обсуждения: Выбор наружного или транспиллярного наружно-внутреннего дренирования при дистальных блоках желчевыводящих протоков неоднозначен. Главным плюсом наружно-внутреннего дренирования является факт прохождения стриктуры, что способствует в дальнейшем технически простому протезированию ЖВП, и обеспечение поступления желчи в просвет ЖКТ. Главным отрицательным моментом данной методики является возможность развития гнойного холангита и других септических осложнений, обусловленных восходящей инфекцией. Дуодено При наружном дренировании имеется возможность контроля темпа и качества декомпрессии, отсутствует возможность восходящей инфекции вследствие рефлюкса кишечного содержимого. Отрицательными сторонами являются необходимость обеспечения возврата желчи в ЖКТ и прохождения стриктуры при продолжении миниинвазивного чрескожного лечения, что не всегда технически возможно при прогрессии заболевания. Оригинальная методика комбинированного антеградного дренирования, на наш взгляд, сочетает лучшие стороны наружного и наружно-внутреннего методов. При одновременном обеспечении транспиллярного доступа риск инфекционных осложнений минимален.

328. Сравнительный анализ характеристик лапароскопической и лапароскопической роботассистированной фундопликации при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

*Семенякин И.В. (1), Дибиров М.Д. (2),
Галлямов Э.А. (3), Ерин С.А. (4), Чупалов М.О. (4),
Исаев А.И. (4), Ларичев Д.В. (4), Гололобов Г.Ю. (3)*

Москва

- 1) РЦНХ им. Акад. Б.В. Петровского;
- 2) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова;
- 3) ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова,
- 4) ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ;

Актуальность. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), и как главное проявление ГПОД - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является очень распространённым и заболеванием. Данное заболевание составляет до 75 % всех патологий, относящихся к пищеводу и желудку. Десять процентов взрослого населения РФ страдают таким расстройством как изжога (основной симптом ГЭРБ) ежедневно и до 40 % - минимум один раз в месяц. Терапевтическое лечение данного заболевания традиционно было сосредоточено на подавлении желудочной секреции и улучшения тонуса пищевода и желудка, и как правило является длительным. При отмене терапии, практически до 90 % пациентов испытывают рецидив симптомов. Долгосрочное использование ингибиторов протонной помпы (ИПП) в свою очередь ведет к развитию целого перечня осложнений. Материалы и методы. В последние годы в связи с широким распространением лапароскопической хирургии, показания к операции значительно расширились. Наибольшее распространение получила операция Ниссена, в модификации Flori. Вопросы показаний к оперативному лечению при ГПОД и ГЭРБ достаточно хорошо освещены в литературе. В течении 2015г. - 2017г. в нашей клинике прооперированы 55 пациентов с применением роботической системы Da-Vinci, выполнена лапароскопическая роботассистированная фундопликация и 238 традиционно лапароскопическая фундопликация. В группу роботассистированных операций входило 55 пациентов: 34 женщин и 21 мужчин, средний возраст составил 47±7 лет, средний индекс массы тела 27±4, риск по шкале ASA 2,4±1.3. Аксиальные кардиофундальные грыжи у 34%, параэзофагальные грыжи 56% и смешанные грыжи 10%. Для сравнения мы определили несколько характеристик:

количество портов (доступов), визуализация, время операции, комфортность хирурга и ассистента, кривая обучения. Результаты. Средняя продолжительность операции в период освоения методики составила 130-140 мин. После 10 операции длительность 80-100 минут. Все операции прошли без кровопотери. Послеоперационный койко-день 1.8 ± 2 д. Вывод. Мы провели данный обзор, чтобы предсказать будущее роботизированной лапароскопической фундопликации (RALF), а именно, глядя на эту новую технологию под разными углами, по сравнению с обычными лапароскопическими фундопликациями Ниссена (CLF), в плане операционных осложнений и послеоперационных результатов, обучающего аспекта RALF, применения в сложных случаях и сложных задачах. Мы придерживаемся мнения, что существует перспективное будущее для RALF, несмотря на увеличение затрат и более длительное время операции. Было установлено, что RALF может функционировать лучше в меньших пространствах и более способен к более тонкому рассечению и имеет более короткую и крутую кривую обучения. Ожидается снижение временных и денежных затрат с дальнейшим развитием и модернизацией роботизированной хирургии, а также увеличением опыта хирургов в RALF. Таким образом, мы считаем, что эта тенденция RALF относится к будущему антирефлюксной хирургии.

329.Эффективность эндоскопического лигирования варикозных вен пищевода у больных циррозом печени

*Самарцев В.А. (1), Протасов В.В. (2),
Ложкина Н.В. (1)*

Пермь

- 1) ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ, ГАУЗ ПК ГКБ №4, Пермь;
- 2) ГБУЗ ПК Краевая больница им. Академика Е.А. Вагнера, Березники

Актуальность. Метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) рекомендован согласительной

конференцией по портальной гипертензии Baveno VI (2015) как в качестве терапии первой линии профилактики рецидива кровотечения, так и для первичной профилактики пищевого варикозного кровотечения (ПВК). Остается актуальной проблема снижения частоты осложнений ЭЛ и рецидива ВРВП. Материал и методы. С 02.2008 по 12.2018 гг. ЭЛ ВРВП выполняли у 159 больных циррозом печени (ЦП). Критерии исключения из исследования: декомпенсированный ЦП с индексом >12 баллов по шкале Child-Pugh, наличие больших вариксов в своде желудка, эндоскопически неконтролируемое ПВК. В исследование включили 139 пациентов, из них 57 (41%) женщин и 82 (59%) мужчины, в возрасте от 25 до 78 лет ($45 \pm 18,3$). Больные были разделены на 3 группы. У пациентов в I группе ($n=57$) выполняли вторичную профилактику ПВК в условиях стационара, в сроки до 60 дней после первого эпизода кровотечения с интервалом между сеансами ЭЛ ВРВП менее 3 недель. Во II группе ($n=35$) вторичную профилактику ПВК продолжали в стационарно-амбулаторном элективном режиме, сеансы ЭЛ ВРВП выполняли в сроки до 16 месяцев до облитерации ВРВП с интервалом более 3 недель. У больных в III группе ($n=47$) сеансы ЭЛ ВРВП проводили с целью первичной профилактики ПВК в стационарно-амбулаторном элективном режиме в сроки до 14 месяцев до облитерации вариксов с интервалом более 3 недель. Результаты и их обсуждение. Причиной развития ЦП у 55 (39,6%) пациентов был хронический вирусный гепатит, у 34 (24,4%) алкогольный ЦП; ЦП в исходе хронического неуточненного гепатита регистрировали у 43 (30,9%) больных, токсической болезни печени у 1 (0,7%); ПБЦ у 6 (4,4%). 40 (28,8%) пациентов отнесены к функциональному классу ЦП Child-Pugh A, 77 (55,4%) - B и 22 (15,8%) - C. В I группе ($n=57$) эрадикацию ВРВП регистрировали у 17 (29,8%) пациентов. Формирование лигатурных язв с кровотечением, наблюдали в 3 (5,3%) случаях. Летальный исход наступил у 2 (3,5%) больных, в 1 случае в результате кровотечения из лигатурной язвы. Годичная выживаемость оценена у 18 пациентов и составила 72,2%; 2-годичная 37,5% у 16 больных. Рецидив ВРВП через 1 год наблюдали у 2 (33,3%) из 6 пациентов. Годичная выживаемость оценена у 21 пациента и составила 85,7%, рецидив кровотечения в течение года наблюдали у 2 (12,5%) из 16 больных; 2-годичная выживаемость: 41,2% у 17 наблюдаемых пациентов. Во II группе ($n=35$) облитерация ВРВП отмечена у 12 (34,3%) больных, 21 (42,8%) от лечения отказались; 2 (5,7%) больных лечение продолжают. Осложнений не было. В течение 1 года

наблюдали 27 пациентов, выживаемость составила 77,8%. 2-годичная выживаемость – 58,8% у 17 пациентов. Рецидив ВРВП через 1 год наблюдали у 4 (36,4%) из 11 больных. В III группе (n=47) эрадикацию ВРВП регистрировали у 25 (53,2%) пациентов, 13 (27,7%) отказались от лечения, 7 (14,9%) лечение продолжают. Смерть на амбулаторном этапе лечения в результате острой печеночной недостаточности регистрировали у 2 (4,6%) больных. Осложнений не наблюдали. Годичная выживаемость составила 82,8% у 29 наблюдаемых больных; 2-годичная – 71,4% из 21 пациента. Рецидив ВРВП через 1 год наблюдали у 4 (16,7%) из 24 больных. У 10 (7,2%) из 51 пациента после рецидива ВРВП выполняли религирирование вариксов в сроки от 8 месяцев до 7 лет после эрадикации (медианное значение 17 месяцев); у всех регистрировали эрадикацию вариксов. Выводы. Выживаемость больных ЦП после эпизода ПВК находится в прямой зависимости от комплаенса и числа сессий ЭЛ ВРВП. Частота осложнений и госпитальной летальности обратно пропорциональна интервалу между сессиями ЭЛ. Самую низкую частоту рецидива ВРВП в течение 1 года наблюдали в группе первичной профилактики ПВК. Успешное религирирование рецидивных вариксов пищевода возможно в сроки до 7 лет.

330.Лапароскопическая резекция почки. Эволюция внедрения метода

*Петряев А.В. Нуждихин А.В. Гущина Т.М.
Палаткина А.В. Пронин М.С.*

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Цель: оценить возможность широкого применения лапароскопической резекции почки при злокачественных и доброкачественных образованиях почек, в условиях областного урологического отделения. Материалы и методы: в урологическом отделении ТОКБ за период с января 2013 по декабрь 2018 выполнено 687 лапароскопических операций. В 2013 – 64, в 2014 – 88, в 2015 – 97, в 2016 – 134, в 2017 – 146, в 2018 -

158 операций. В структуре операций преобладают вмешательства при онкоурологической патологии. Из них 231 нефрэктомия при почечно-клеточном раке, 35 нефруретерэктомий с резекцией мочевого пузыря при раке почечной лоханки и мочеточника, 73 резекции почки, 24 простатэктомии, 11 резекции мочевого пузыря, 165 оперативных пособий по иссечению кист почек, 39 нефрэктомий при нефросклерозе, 34 пластики лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе, 22 пиелолитотомии, 19 уретеролитотомий, 2 пластики пузырно-влагалищного свища, 22 лапароскопических аденомэктомии. Впервые резекция почки была выполнена в октябре 2013 года. Количество операций год от года увеличивается: в 2013 - 2, в 2014 – 4, в 2015 – 11, в 2016 - 14, в 2017 – 18, в 2018 - 24. Лапароскопическая резекция почки чаще выполнялась нами при опухолях почечной паренхимы: при раке – 48, при ангиомиолипоме – 20 операции. Две резекции почки были выполнены симультантно с холецистэктомией. По стадиям больные с раком почки распределились следующим образом: T1aNOMO-47, T3aNOMO-1. При выполнении резекций почки на этапе освоения нами всегда применялась тепловая ишемия путём наложения мягкого сосудистого зажима типа «бульдог» на почечную артерию или турникета с затягиванием его на время оперативного приема. По виду это были чаще всего энуклеорезекции или клиновидные резекции. Почки резецировались холодным ножом и гармоническим скальпелем. Гемостаз осуществлялся обвивным швом нитью с насечками, на валике из материала Surgisil Nu-Knit. При необходимости по линии швов укладывали Surgisil Snow или Тахокомб. Общее время ишемии не превышало 22 минут, что несколько больше чем при открытых операциях, однако укладывается в рекомендованные рамки. С накоплением опыта освоили резекцию почки без пережатия почечной артерии. Эта методика позволяет избежать ишемическое повреждение паренхимы, сохранить большее количество действующих нефронов. В 2016 году начали выполнять сегментарные резекции почки при мочекаменной болезни (коралловидных камнях) и вазоуретеральном конфликте с добавочными нижнеполярными артериями. При необходимости одновременно выполняем коррекцию стриктуры. Выполнено 5 операций. При опухолях заднего сегмента и у больных после многократных операций на брюшной полости применяем ретроперитонеоскопическую резекцию почки. Время операций составляло от 45 до 160 минут (на этапе освоения). Интра и

послеоперационные осложнения, конверсии отсутствовали. Выполняли 2 резекции почки с интраоперационной флуоресцентной визуализацией с индоцианином зеленым. Данная методика позволяет визуализировать сегментарные артерии, наметить границу резекции, посмотреть зону ишемии после ушивания паренхимы. Результаты: при опухолях паренхимы почки в течение последних 5 лет операции выполняются полностью лапароскопическим способом, система мануальной ассистенции не применяется. В настоящее время чаще выполняется резекция без тепловой ишемии. Дренаж брюшинного пространства не проводится. Средний послеоперационный период сократился до 5 койко-дней. Выводы: с внедрением лапароскопических операций сократились сроки пребывания в стационаре, снизились интра- и послеоперационные осложнения, уменьшился период планового обезболивания. По мере освоения методики, накопления опыта в настоящее время лапароскопический доступ вытесняет открытую хирургию при опухолях почечной паренхимы.

331. Роль стратификации степени тяжести в современном подходе диагностики и лечения острого панкреатита

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Сидоренко А.Ю.

Пермь

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России, ГАУЗ ПК ГKB №4

Актуальность. Лидирующую позицию в ургентной хирургии занимает острый панкреатит. Годовая стоимостью госпитализаций при остром панкреатите в США составляет более 2,5 миллиардов долларов. Исход заболевания и риск осложнений зависит от степени тяжести, классифицируемая как легкая, средняя или тяжелая (Atlanta, 2012). Тяжелый острый панкреатит сопровождается летальностью до 20-30%. Множество оценочных систем (шкала Ranson,

APACHE II, шкала Бальтазар (CTSI) и т.д.) сложны в использовании, либо требуют данные исследований не используемых в рутинной практике, что затрудняет процесс стратификации степени тяжести панкреатита, прогнозирования его течения и исходов. Цель работы. Разработать компьютерный алгоритм стратификации степени тяжести острого панкреатита. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 426 пациентов с острым панкреатитом. Возраст пациентов варьировал от 18 до 92 лет (медиана — 45 лет). Гендерный состав: мужчин было — 277(65,1%), женщин — 149(34,9%). Острый панкреатит легкой степени наблюдался у 306(71,9%) пациентов, средней степени тяжести — у 14(3,3%), тяжелой степени — у 106 (24,8%) пациентов. Оперативное лечение выполнено 107(25,1%) больным. При этом общее число первичных и повторных операций составило 136, из них лапаротомия была выполнена у 25(18,9%), лапароскопия — у 78(57,4%), комбинированное лечение у 16(11,7%) больных. Число релапаротомий составило 5(3,7%) случаев, релапароскопий 6(4,4%). Послеоперационная летальность составила 20(18,7%) случаев. В основу экспертной системы оценки степени тяжести острого панкреатита были положены Европейские и Российские клинические рекомендации, шкалы оценки тяжести острого панкреатита Glasgow-Imrie(1984), Ranson(1974), BISAP(2008), шкалы SOFA, qSOFA, критерии Sepsis-3. Так как выше представленные шкалы имели разнонаправленное применение, был принят подход их единого использования, который позволил одновременно провести расчет степени тяжести острого панкреатита, вероятности осложнений и прогноза состояния больного. Программа реализована на языке программирования C++ в Qt 5.8.2. Результаты. Экспертная система диагностики степени тяжести острого панкреатита была апробирована на 52 больных с острым панкреатитом. Динамика изменения клинических, лабораторных и инструментальных показателей отслеживалась в течение 48 часов с момента поступления. По итогу оценки каждого случая программа выдавала заключение, которое сравнивалось с заключением лечащего врача. В 46 (71,1%) случаях оба заключения совпадали. Был проведен ROC анализ специфичности и чувствительности метода, коэффициент площади кривой находился в интервале 0,8-0,9, свидетельствуя о высокой информативности и достоверности диагностического метода. На основании проведенного исследования получено

свидетельство на программный продукт № 2017617070 от 23.06.17г. Выводы. Применение представленной экспертной системы для дифференцировки степени тяжести острого панкреатита в качестве скрининговой технологии позволяет своевременно скорректировать комплексное хирургическое лечение.

332. Факторы риска развития эвентраций в абдоминальной хирургии

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Кузнецова М.П.

Пермь

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, ГАУЗ ПК ГКБ №4

Эвентрации занимают третье место среди причин релапаротомий в раннем послеоперационном периоде и встречаются у 0,5 – 2,35% пациентов хирургического профиля. По-прежнему отсутствуют достоверные критерии прогнозирования возникновения эвентраций. Сохраняется высокая частота повторных эвентраций — 12,5%, при присоединении инфекции области хирургического вмешательства частота летальных исходов увеличивается до 40 – 65%. Цель исследования — оценить факторы риска развития эвентраций в периоперационном периоде. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 22 пациентов с развившимися эвентрациями после различных операций на органах брюшной полости. Возраст пациентов составил от 34 до 87 лет (64,5;14,1). Мужчин было 17 (77,2%), женщин — 5 (22,8%). В экстренном порядке оперированы 18 (81,8%) пациентов, в плановом — 4 (18,2%). У 2 пациентов эвентрация развилась после повторной операции на органах брюшной полости. Причинами лапаротомий были у 11 (50%) пациентов были: острая обтурационная кишечная непроходимость — 3 (13,6%), перфорация язвы ДПК и желудка 2 (9,1%), мезентериальный тромбоз - 1 (4,5%), псевдокиста поджелудочной железы — 1 (4,5%), проникающее колото-резаное ранение брюшной полости -1

(4,5%), профузное желудочного кровотечения — 1 (4,5%), острый флегмонозный калькулезный холецистит — 2 (9,1%); опухоли толстой кишки - 6 (27,3%), бифуркационное аорто-бедренное шунтирование - 4 (18,2%), ущемленная диафрагмальная грыжа - 1 (4,5%). Полученные результаты. Полная эвентрация была у 6 (27,3%) пациентов, частичная у 1 (4,5%), подкожная у 15 (68,2%). Истинных эвентраций не отмечено. Средняя продолжительность нахождения больного в стационаре — 32,6±13,1 день (от 10 до 61 суток). Летальные исходы развились у 5 (22,7%) пациентов. При оценке причин развития эвентрации нами были выделены три группы факторов риска. К первой группе отнесли оперативно-технические факторы: среднее время первичных оперативных вмешательств более 154,3±93,0 минут, срединная лапаротомия -17 (77,2%), узловый прерывный швов апоневроза -19 (86,4%). Ко второй группе отнесены факторы, снижающие репаративные способности организма: острая и хроническая анемия, гипо- и диспротеинемия, полиорганная дисфункция-12(54,5%). К третьей группе отнесены факторы, повышающие внутрибрюшное давление после операции: ожирение, перитонит, сепсис, заболевания органов дыхательной системы-14(63,6%). Выводы. Развитие эвентрации приводит к ухудшению прогноза в отношении выздоровления пациента и увеличивает вероятность летального исхода. Оценка факторов риска позволяет прогнозировать развитие эвентрации в раннем послеоперационном периоде.

333. Симультанные оперативные вмешательства у пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами и ожирением

Самарцев В.А., Гаврилов В.А.,
Паршаков А.А., Кузнецова М.В.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера
Минздрава России ГАУЗ ПК ГКБ №4

Актуальность. Проблема лечения пациентов с вентральными (ВГ) и послеоперационными грыжами (ПГ) не теряет своей актуальности в современной абдоминальной хирургии. Особую сложность представляют пациенты с грыжами больших размеров и ожирением, имеющие высокий операционно-анестезиологический риск, пожилой возраст, отягощенный коморбидный фон, а также сочетанную патологию органов брюшной полости. В настоящее время большинство исследований по эффективности симульных операций (СО) в абдоминальной хирургии связаны с широким внедрением в практику миниинвазивных видеоэндоскопических технологий с комбинацией хирургических доступов, а также протоколов fast-track в периоперационном периоде. В отечественной и зарубежной литературе имеются сообщения о значительной клинической и экономической эффективности СО в хирургии в целом. Однако, спорным вопросом остается эффективность и необходимость их выполнения в хирургии больших ВГ и ПГ W3. Цель исследования – оценить эффективность выполнения симульных оперативных вмешательств у пациентов с большими ВГ или ПГ W3, сочетанной патологией органов брюшной полости и ожирением. Материалы и методы. Проведено ретроспективно-проспективное, рандомизированное исследование результатов обследования и лечения 144 пациентов: ВГ отмечены у 68(47%), из них пупочные грыжи – у 26(38%), эпигастральные – у 42(62%) пациентов. ВГ средних размеров выявлены у 44(65%), большие грыжи – у 24(35%) пациентов. ПГ были у 76(53%) пациентов, из них срединные – у 66(87%), боковые – у 10(13%) пациентов. ПГ W2 отмечены у 31(41%), W3 – у 45(59%) пациентов. Для выбора оптимального объема операции и прогнозирования послеоперационных осложнений? всем пациентам с большими ВГ, ПГ W3, а также распространением дефекта на две и более анатомические области в предоперационном

периоде проводилось УЗИ и МСКТ органов брюшной полости с 3D-моделированием передней брюшной стенки и грыжевого дефекта. При выявлении сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости выполнялись симульные оперативные вмешательства с комбинацией хирургических доступов, в том числе при помощи технологии SILS Port. Полученные результаты. Все пациенты оперированы в плановом порядке. Герниопластики по технологии sublay (retromuscular) выполнены у 65(45%), IPOM – у 44(30%), задняя сепарационная герниопластика TAR (по Y.W. Novitsky) – у 35(24%) пациентов. При выполнении герниопластики по технологии IPOM, симульные вмешательства на органах брюшной полости выполнены у 28(64%) пациентов, среди них у 12(43%) человек с сопутствующим морбидным ожирением III степени и метаболическим синдромом выполнена лапароскопическая продольная sleeve-резекция желудка, у 13(46%) пациентов с ЖКБ – лапароскопическая холецистэктомия, из них у 2(15%) при помощи технологии SILS Port. У 2(4%) пациентов выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену, у 1(2%) пациента с сопутствующей вправимой комбинированной паховой грыжей Mc2 (по EHS, 2007) – герниопластика TAPP. В группе пациентов, которым выполнялась задняя сепарационная герниопластика 4(11%) больным выполнена открытая холецистэктомия, у 9(25%) пациентов с морбидным ожирением и абдоминоптозом III-IV степени выполнена горизонтальная по Kelly или комбинированная по Castansres-Goethel абдоминопластика с иссечением кожно-жирового лоскута, у 3(8%) – открытая продольная sleeve-резекция желудка. После операции по методике sublay раневые осложнения возникли у 3(5%) пациентов, после заднеи? сепарационной? герниопластики TAR – у 4(11%), IPOM – у 1(2%) пациента. Различия в частоте послеоперационных осложнений при симульных операциях были статистически недостоверны ($p=0,57$). Вывод. Выполнение симульных операций у пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами W3 с ожирением и сопутствующей патологией органов брюшной полости при периоперационной профилактике осложнений не сопровождается увеличением частоты их развития в послеоперационном периоде.

334. Сравнение результатов ручного интракорпорального эзофагоэнтероанастомоза при лапароскопической гастрэктомии с аппаратным

Галлямов Э.А. (1), Агапов М.А. (2), Кубышкин В.А. (2), Бусырев Ю.Б. (1), Какоткин В.В. (2)

Москва

1) ПМГМУ,
2) МГУ

Актуальность. На современном этапе развития онкохирургии необходимым объемом оперативного вмешательства при раке кардии и тела желудка является лапароскопическая гастрэктомия. Существует несколько способов восстановления желудочно – кишечного тракта при данном объеме операции, каждый из которых обладает своими достоинствами и недостатками. Особенности лапароскопически сформированного эзофагоэнтероанастомоза являются техническая сложность, необходимость диссекции заднего средостения и тяжелое течение осложнений, ассоциированных с несостоятельностью соустья. Цели. Сравнить результаты применения предложенной нашей командой методики ручного интракорпорального эзофагоэнтероанастомоза после лапароскопической гастрэктомии с результатами использования общепринятой методики формирования аппаратного анастомоза с использованием сшивающего аппарата EndoGia. Материалы и методы. В стенах клинических баз МГУ имени М.В. Ломоносова и Сеченовского Университета нашей командой в 2015 – 2018 годах было произведено 57 лапароскопических гастрэктомий, из которых 23 пациентам (1 группа) реконструкция после вмешательства выполнялась с использованием предложенной нами методики интракорпорального двухрядного узлового шва при формировании эзофагоэнтероанастомоза на короткой петле по Ру; 34 пациентам был сформирован аппаратный анастомоз по типу «функциональный конец-в-конец» с использованием аппарата EndoGia 45 (фиолетовая кассета). Рандомизации не проводилось. Оценивалась продолжительность операции, сроки нахождения в отделении реанимации, время восстановления полного энтерального питания, наличие ранних послеоперационных осложнений, число койко-дней. Результаты и обсуждение

результатов. Из представленных пациентов в исследование включены 21 пациент из первой группы и 29 пациентов из второй группы (исключены из исследования циторедуктивные паллиативные операции). Средний возраст: 61(39-74) год в 1 и 59(40-76) лет во 2 группе. Половое соотношение: 36,4% ж – 63,6% м в первой и 37,9% ж – 62,1% м во второй группе. Средняя длительность операции в 1 группе 217 мин (184-302) и во 2 группе 201 мин (162-311). В 1,08 раза дольше в 1 группе (95% CI 1,03- 1,13, $p=0,02$). Незначительное увеличение продолжительности операции при использовании ручного шва, вероятно, связано с особенностями кривой обучения и обусловлено большей длительностью операций в первой группе на ранних этапах исследования. Среднее время пребывания в РАО составило 20,24 (17-42) в первой и 21,14 (16,2-46 ч) во второй группе (соотношение 0,96 (95% CI 0,92-1,01), $p<0,05$). В обеих группах, в среднем, с третьих суток использовалось сиппинговое питание. Средний койко- день – 9,21(6-13) в первой и 9,23(6-12) дня во второй группе (соотношение 0,99 (95% CI 0,95-1,02), $p<0,05$). В первой группе отмечен один случай развития раннего послеоперационного осложнения – частичной несостоятельности анастомоза, которая была выявлена на третьи сутки после вмешательства до развития перитонита. Несостоятельность ликвидирована путем дополнительного укрепления линии швов на фоне парентерального питания. Во второй группе был отмечен один случай развития поддиафрагмального инфильтрата слева, без абсцедирования. Проведена антибактериальная терапия, повторной операции не потребовалось. При оценке результатов в качестве осложнений не учитывались случаи прогрессирования заболевания, а также ассоциированные с этим событием смерти пациентов. В настоящее время исследование продолжается и направлено на расширение обеих групп с целью достижения большей репрезентативности. Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод, что использование предложенной методики двухрядного узлового интракорпорального шва для формирования эзофагоэнтероанастомоза не имеет недостатков в сравнении с техникой аппаратного анастомоза с использованием степлерного шва и при достаточном опыте оператора может служить альтернативой последней.

335. Сравнение результатов раннего и позднего закрытия илеостом у больных раком прямой кишки после радикального оперативного лечения. Клиническое рандомизированное исследование

Галлямов Э.А. (1), Агапов М.А. (2), Галлямов Э.Э. (1),
Донченко К.А. (2), Какоткин В.В. (2)

Москва

1) ПМГМУ,
2) МГУ

Актуальность. Колоректальный рак – это заболевание, которое занимает, по данным общемировой статистики, третье место по распространенности среди злокачественных новообразований, и с каждым годом показатель распространенности только увеличивается. К 2016 году в России распространенность рака ободочной кишки составила 138,3 случая, а прямой – 105,6 случаев на 100000 населения. Радикальное хирургическое лечение данной патологии увеличило пятилетнюю выживаемость пациентов, однако явилось причиной распространения такого понятия, как «стомированный пациент». В наши дни илеостомы или колостомы – зачастую временное состояние после радикального лечения колоректального рака, направленное на снижение вероятности несостоятельности анастомозов, однако связанное с развитием различных осложнений: мацерации кожи, воспаления, кровотечения из стомы и других. Частота тяжелых осложнений варьирует от 2% до 8-10%. Почти у 12,5% пациентов стомы переходят в разряд постоянных и существенно снижают качество жизни. Цели. Провести оценку результатов раннего закрытия илеостом у больных раком прямой кишки после первичного вмешательства на основе сравнения исходов лечения, количества послеоперационных осложнений и ассоциированных с наличием илеостомы осложнений у двух однородных групп пациентов. Материалы и методы. Рандомизированное контролируемое многоцентровое исследование. Участники – пациенты, которым была выполнена тотальная или парциальная мезоректумэктомия по поводу рака прямой кишки с формированием первичного анастомоза и выведением временной илеостомы без клинических и рентгенологических симптомов несостоятельности на 8 сутки после лечения. Пациенты были разделены на 2 группы в

случайном порядке – раннее закрытие илеостомы (в течение 9-13 дней после основной операции) и отсроченное (более 12 недель после выведения илеостомы). Применяемые методики формирования соустья: с использованием ручного шва и с использованием линейных сшивающих аппаратов. Выбор методики производился на основании предпочтений оперирующего хирурга. Результаты и обсуждение: 76 пациентов включены в исследование. В группе с ранним закрытием илеостомы – 37 пациентов, контрольной – 39. Средний возраст 62 (32-77) года в первой и 67 (35-78) лет во второй группе. Среднее время до закрытия илеостомы в 1 группе – 11 и 148 дней в контрольной. Соотношение объема кровопотери – 1,00 (95% CI 0,96-1,05) $p=0,03$. Количество послеоперационных осложнений: 5,40% в 1 против 5,13% во 2 группе, $p=0,08$. Средняя длительность операции в 1 группе 53 мин (26-127) и во 2 группе 70 мин (32-135), (95% CI 1,30-1,52, $p=0,02$). Средний койко-день – 4 в каждой группе (Соотношение 1,00 (95% CI 0,95-1,07), $p<0,05$). В ходе анализа не было выявлено статистически значимых различий в обеих группах по числу ранних послеоперационных осложнений, объему интраоперационной кровопотери, длительности пребывания в отделении реанимации и показателю койко-дня. В основной группе продолжительность операции почти в 1,5 раза ниже, чем в контрольной, что, вероятно, связано с развитием у пациентов контрольной группы через 12 недель выраженного рубцового процесса в зоне операции. Заключение. Пациентам с колоректальным раком после радикальной операции с формированием превентивной илеостомы без клинических, рентгенологических и эндоскопических признаков наличия ассоциированных с анастомозом осложнений может быть показано раннее закрытие илеостомы в течение первых 9-13 суток после основного вмешательства без увеличения риска развития послеоперационных осложнений. Раннее закрытие илеостомы значительно сокращает продолжительность оперативного вмешательства и способствует повышению качества жизни пациентов, предотвращает развитие ассоциированных с наличием илеостомы осложнений. Данный подход к закрытию илеостомы постепенно распространяется в мире и нуждается в дальнейшем изучении.

336. Сравнение ближайших и отдаленных результатов лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики с использованием классических и самофиксирующихся эндопротезов

Галлямов Э.А. (1), Агапов М.А. (2), Зрянин А.М. (2),
Галлямов Э.Э. (1), Какоткин В.В. (2)

Москва

1) ПМГМУ,
2) МГУ

Актуальность. В век информационных технологий и снижения числа представителей профессий, ассоциированных с физическим трудом, проблема выбора методики лечения паховых грыж остается актуальной. История лапароскопической хирургии грыж передней брюшной стенки насчитывает уже более 25 лет. В настоящее время наибольшее распространение получила трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP). По данным разных авторов, число рецидивов после такого вмешательства составляет до 1,8 %. Главной причиной рецидивов является миграция сетчатого протеза. Использование степлера может сопровождаться травмой нервных структур и приводить к появлению хронического болевого синдрома. Цели. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопической преперитонеальной герниопластики с использованием классических проленовых эндопротезов и самофиксирующегося эндопротеза Parietex ProGrip. Материалы и методы. В стенах медицинского научно-образовательного центра МГУ имени М.В. Ломоносова за 2016 – 2018 выполнено 56 TAPP с использованием проленового сетчатого эндопротеза с фиксацией последнего к передней брюшной стенке скобами ProTask и 38 с использованием самофиксирующейся сетки ProGrip. Рандомизации не проводилось. Оценивалась продолжительность операции, выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, сроки активизации пациента и число койко-дней. Результаты и обсуждение результатов. Из представленных пациентов в исследование включены 48 пациентов из 1 группы и 36 пациентов из второй группы (только первичное лечение односторонних паховых грыж). Средний возраст: 56(24-72) лет в 1 и 52(18-74) года во 2 группе. Половое соотношение: 20,8% ж – 79,2% м в первой и 22,2% ж – 77,8% м во второй группе.

Средняя длительность операции в 1 группе 62 мин (48-94) и во 2 группе 57 мин (44-89). В 1,09 раза дольше в 1 группе (95% CI 1,04-1,14, $p=0,02$). Ушивание дефекта брюшины в обеих группах производилось с использованием нити V-loc 3/0 USD. Никто из пациентов не нуждался в проведении интенсивной терапии после проведения оперативного вмешательства. В обеих группах не было отмечено развития послеоперационных осложнений за время нахождения в клинике. Максимальная выраженность болевого синдрома в первые сутки оценивалась с использованием визуальной – аналоговой шкалы и составила, в среднем 3,22 (1-6) в первой и 3,10(1-6) во второй группе (соотношение 1,04 (95% CI 0,99-1,09), $p<0,05$). В обеих группах уже в течение первых суток пациенты были активизированы полностью. Средний койко-день – 2,21(2-5) в первой и 2,23(2-4) дня во второй группе (соотношение 0,99 (95% CI 0,95-1,02), $p<0,05$). Наблюдение за пациентами осуществляется до настоящего периода. За время наблюдения зафиксирован 1 случай рецидива через 29 дней в первой группе (2,08 % от числа оперированных), причина которого установлена при проведении повторного вмешательства и заключалась в повороте на 180 о С нижнего, не фиксированного в области «рокового треугольника» края сетки. При проведении повторного вмешательства использован самофиксирующийся сетчатый эндопротез ProGrip, данных за повторный рецидив на настоящий момент нет. Заключение. TAPP с использованием самофиксирующегося эндопротеза ProGrip сочетает в себе положительные стороны классической методики с использованием фиксации сетки скобами (надежность, низкая частота осложнений и рецидивов), однако не требует дополнительной фиксации инородным материалом (скобы Protack). Использование сетчатого протеза ProGrip позволяет предотвратить формирование слабых мест с недостаточной фиксацией и риском миграции сетки, обусловленным анатомическими причинами («треугольник боли», «роковой треугольник»). Срок наблюдения пока не позволяет нам сделать выводы относительно вероятности рецидива при использовании данных методик. Однако, методики являются сопоставимыми при сравнении показателей продолжительности операции, болезненности в послеоперационном периоде, длительности стационарного лечения и с этих позиций являются альтернативными.

337. Гибридные операции в хирургии перфоративных гастродуоденальных язв*Совцов С.А.*

Челябинск

ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность. В целом, за последние 10 лет частота операций при перфоративной гастродуоденальной язве (ПЯ) в России снизилась в два раза (с 37,6 тысяч в 2000 г. до 19,1 тысячи в 2017 г.), однако этот показатель сохраняется в два раза выше, чем в Европейских странах. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в последние годы, отмечается устойчивый рост показателя послеоперационной летальности при хирургическом лечении ПЯ - 9,7% в 2017 г. по сравнению с 4,8% в 2000г. В связи с этим, сохраняется актуальность поиска более совершенных способов оперативных вмешательств при ПЯ. Материал и методы. Мы располагаем результатами непосредственного лечения 487 пациентов с ПЯ. Простое ее ушивание было выполнено у 264 пациентов (54,2 %). Из срединного лапаротомного разреза оперирован 151 пациент, а у 113 человек (23,8 %) использовали миниинвазивные технологии: лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия и гибридные операции - сочетание лапароскопической санации и дренирование брюшной полости как первый этап операции с последующим ушиванием ПЯ из минилапаротомного доступа. Полученные результаты. Срединная длительность хирургического вмешательства из открытого традиционного лапаротомного доступа составила $62 \pm 2,5$ минуты, осложнения возникли у 11 пациентов (9,8 %). Средняя длительность нахождения в стационаре было 9 ± 1 дней. Срединная длительность выполнения операции с использованием лапароскопических технологий была 90 ± 5 минут, среднее пребывание пациентов в стационаре - 6 ± 1 дней, осложнения в послеоперационном периоде в этой группе пациентов не зарегистрированы. Значительное количество противопоказаний, продолжительность времени вмешательств, технические сложности наложения эндохирurgicalических интракорпоральных швов - все это не позволяют нам рассматривать лапароскопическое ушивание ПЯ стандартом этого вида операции. У 103 пациентов были выполнены гибридные операции. Срединная длительность

подобного хирургического вмешательства составляла 53 минуты, среднее пребывание пациентов в больнице - 6 дней. У одного пациента (1,02%) на этапе освоения методики в послеоперационном периоде возникло осложнение в виде развития стеноза в зоне ушивания ПЯ, что потребовало выполнения резекции желудка в раннем послеоперационном периоде. За данный период времени в клинике послеоперационная летальность при ПЯ составила 3,8%, однако при использовании малоинвазивных технологий летальных исходов не было. Выводы. Малоинвазивные способы ушивания ПЯ не могут и не должны противопоставлены традиционному вмешательству из лапаротомного доступа и их необходимо выполнять с учетом показаний и противопоказаний к каждому из них. Вместе с тем, гибридные операции являются достойной альтернативой традиционным открытым операциям, сочетая необходимый объем вмешательства с минимальным доступом, улучшая непосредственные результаты лечения у больных с ПЯ.

338. Эндовидеохирургия послеоперационных вентральных грыж.

*Чистяков Д.Б. (1,2), Мовчан К.Н. (2),
Яценко А.С. (1), Бронников О.П. (1),
Дуткинский П.С. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) Городской центр современных хирургических технологий 31 городской клинической больницы СПб, кафедра госпитальной хирургии СПбГУ.
- 2) Кафедра хирургии им Н.Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова.

Из общего числа операций в общехирургических стационарах 20% приходится на герниопластику. 5 % от устраняемых грыж передней брюшной стенки приходится на послеоперационные вентральные грыжи. Эндовидеохирургическая технология в лечении пациентов с послеоперационными грыжами стала активно применяться в течение

последних 10 лет, ее применение в хирургической практике зарекомендовала себя, как малотравматичная, безопасная и эффективная методика устранения послеоперационных грыж. Цель исследования: оценить результаты эндовидеохирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в сравнение с традиционными протезирующими методиками. Материалы и методы: С 2011 года по декабрь 2018 года, было прооперировано 477 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В 2011 г. количество традиционных герниопластик (ТГ) составило 45 (95,8%), эндовидеохирургических (ЭВХ) герниопластик 2 (4,2%). В 2012 г. количество ТГ составило 38 (74,6%), ЭВХ герниопластик 13 (25,4%). В 2013 г. количество ТГ составило 30 (67%), ЭВХ герниопластик 15 (33%). В 2014 г. количество ТГ составило 29 (72,5%), ЭВХ герниопластик 11 (27,5%). В 2015 г. количество ТГ составило 48 (79%), ЭВХ герниопластик 13 (21%). В 2016 г. количество ТГ составило 57 (80%), ЭВХ герниопластик 15 (20%). В 2017 г. количество ТГ составило 48 (65%), ЭВХ герниопластик 26 (35%). В 2018 г. количество ТГ составило 33 (41%), ЭВХ герниопластик 51 (59%). От общего числа прооперированных женщины составили 334 пациента (70%), мужчины 143 пациента (30%). Возраст пациентов составил от 30 до 85 лет, средний возраст 45 лет. Размеры грыжевых ворот составляли от 3 до 20 см в диаметре. Отработанная эндовидеохирургическая методика применяемая при первичных срединных вентральных грыжах была адаптирована и использована для устранения послеоперационных вентральных грыжах. При данной методике в большинстве случаев использовались три троакара, в один из которых вводился лапароскоп, и два других рабочие инструменты. При необходимости адгезиолизис в брюшной полости осуществлялся с помощью моно-, биполярной и ультразвуковой коагуляции. Преимущественно грыжевой мешок выделялся, и в некоторых случаях он использовался для перитонизации, иногда при его больших размерах производилась резекция. Грыжевые ворота перед установкой сетчатого имплантата ушивались трансабдоминально при помощи иглы для ушивания троакарных ран. Герниопластика выполнялась с интра- или экстраабдоминальным (предбрюшинная) расположением эксплантата. Для интраперитонеальной герниопластики послеоперационных вентральных грыж, при недостатке брюшины для закрытия имплантата использовался композитный сетчатый протез, прядь большого сальника. Фиксация имплантата

проводилась металлическими скрепками по периметру грыжевого дефекта с помощью многоходового герниостеплера или спиралевидными фиксаторами. При предбрюшинном расположении сетчатого протеза после фиксации к тканям брюшной стенки производилась его перитонизация ранее отсепарованным листком париетальной брюшины. Ушивали брюшину с помощью скрепок или ручного шва. Операцию заканчивали удалением троакаров и тщательным ушиванием дефектов в апоневрозе в области их установки. Результаты и обсуждение: Время операции колебалось от 50 минут до 3 часов. Среднее время операции составило 1,20 часа. В 5 случаях при выполнении адгезиолизиса выявлялось десерозирование участков тонкой и толстой кишки, которые устранялись наложением интракорпорального шва. Средний койко-день составил 3 ? 5 дней. Для послеоперационного обезболивания использовались нестероидные противовоспалительные препараты, введение наркотических анальгетиков не требовалось. Рекомендовали ношение пациентами послеоперационных бандажей в течение 3 месяцев. В послеоперационном периоде 17 пациентов (3,6%) наблюдались послеоперационные осложнения. У 2-х пациентов выявлены рецидивы грыж живота (на этапе освоения методики). В остальных случаях наблюдалось образование сером и гематом, наблюдение и лечение проводилось консервативно. В 2-х случаях выполнялось пункционное удаление сером. В 1 случае в раннем послеоперационном периоде не смотря на проводимую антикоагулянтную терапию возникла ТЭЛА с летальным исходом. Вывод: Методика ЭВХ герниопластики послеоперационных вентральных грыж является эффективной и безопасной. Отмечен рост выполняемых малоинвазивных оперативных вмешательств с 2011г по 2018г.

339. Малоинвазивные технологии в лечении острого инфицированного панкреонекроза

*Колкин Я.Г., Зубов А.Д., Хацко В.В.,
Кузьменко А.Е., Мамисашвили З.С.*

Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Цель исследования – уточнить возможности малоинвазивного лечения острого инфицированного панкреонекроза (ОИП). Материал и методы. Проведен анализ результатов малоинвазивного лечения 112 пациентов с ОИП (катетерное лечение под УЗ-контролем). Мужчин было 76 (67,8%) и женщин – 36 (32,2%) в возрасте от 24 до 77 лет. В 57,3% наблюдений ОИП был алиментарно-алкогольного происхождения, в 42,7% был осложнением жёлчнокаменной болезни. Абсцесс поджелудочной железы (ПЖ) выявлен в 38,6% случаев, забрюшинная флегмона – в 61,4%. Использовались клинично-лабораторные исследования, сонография, компьютерная или магнитно-резонансная томография. Результаты и обсуждение. У 26 пациентов применили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Прицельная тонкоигольная пункция под УЗ-контролем выполнена 107 пациентам. Удалены жидкий гной и мелкие секвестры. При гнойном содержимом после пункции проводили катетерное дренирование по Сельдингеру. С помощью катетеров разного диаметра удаляли секвестры различного размера. В 68,3% случаев после лапароскопического дренирования состояние пациентов значительно улучшилось. В 31,7% наблюдений, если не удавалось удалить секвестры больших размеров, применяли лапаротомную операцию. Если в течение 8 – 10 суток лапароскопическая санация не давала эффекта, использовали лапаротомное вмешательство. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография с контрастированием явились наиболее информативными методами исследования. Пациенты получали комплексное антибактериальное, общеукрепляющее лечение, сандостатин, рабелок, мексидол, плазмаферез, экстракорпоральную детоксикацию. После лапароскопического лечения в 25,4% случаев наблюдали различные осложнения. Умерли 12 (11,4%) больных, в основном от септического шока и полиорганной недостаточности. Выводы.

Лапароскопическое катетерное дренирование под УЗ-контролем целесообразно использовать для лечения пациентов с ОИП при преобладании жидкого гноя в абсцессах или флегмонах. При неэффективности такого лечения или наличии секвестров больших размеров через 8 – 10 суток показана лапаротомная операция. Чем раньше начато комплексное лечение, тем лучше непосредственный результат.

340. 10-летний опыт выполнения эндоскопического лигирования ВРВП у больных с портальной гипертензией.

*Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш.,
Шиповский В.Н., Шагинян А.К., Моныхов Д.В.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ГБУЗ ГКБ
им Д.Д. Плетнева

Актуальность Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии остаются сложной проблемой в urgentной хирургии. Цель исследования Оценить результаты применения ЭЛ вен пищевода как: 1. Метода экстренного гемостаза при кровотечениях из ВРВП 2. Метода профилактики первого эпизода кровотечения 3. Метода профилактики рецидива геморагии Материалы и методы. Алгоритм лечебной тактики основан на анализе лечения 302 пациентов с кровотечением портального генеза, 1434 пациентов с угрозой развития первого эпизода кровотечения. В нашей клинике за 10 лет прошли лечение 3556 пациентов с портальной гипертензией. С 2008 по 2018г было выполнено 3396 сеансов лигирования вен пищевода Структура группы больных (n- 302) с кровотечением была следующая: 221 пациент с состоявшимся кровотечением и 81 пациент с продолжающимся кровотечением из варикозных вен. При этом у 23 больных в качестве экстренного метода гемостаза было выполнено эндоскопическое лигирование (эффективность экстренного эндоскопического гемостаза 83,1%), а 58 больным установлен зонд-обтуратор

(эффективность экстренного гемостаза 98.2%). У 2-х больных мы не смогли добиться гемостаза с помощью зонда-обтуратора, в связи с чем им была выполнена операция Пациора. Группе больных (n=221 пациентов) с состоявшимся кровотечением первым этапом было выполнено эндоскопическое лигирование в срочном порядке. В дальнейшем после стабилизации состояния и оценки степени печеночно-клеточной недостаточности (Чайлд) 126 из них был выполнен второй этап хирургического лечения- TIPS (трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование). Пациентам с противопоказаниями к TIPS выполнялись сеансы лигирования. (профилактика рецидива кровотечения) Результаты применения ЭЛ у 1434 пациентов с целью профилактики первого эпизода кровотечения из ВРВП были следующие. Частота развития первого эпизода кровотечения за 36 месяцев составила 19.4 %. Из перенесших кровотечение, у 2-х больных в последующем имел место рецидив кровотечения. Общая смертность в группе составила 31%. Все летальные случаи были обусловлены декомпенсацией цирроза печени. В нашей клинике ЭЛ с целью профилактики рецидива кровотечения было использовано у 89 пациентов. В срок до 3 лет результаты эндоскопического лигирования были прослежены у 68 пациентов из 89. Повторное кровотечение из ВРВП за весь период наблюдения развилось у 18 больных, что составило 26,5 %. Всего за данный период наблюдения общая смертность составила 36%. Летальных исходов от продолжающегося кровотечения не было. Временный характер эндоскопического лигирования у значительной части больных диктует необходимость налаживания практического взаимодействия между специалистами, занимающимися проблемой цирроза печени, осложненного портальной гипертензией и специалистами, занимающимися трансплантацией печени. Трансплантация печени была выполнена у 35 пациентов, перенесших лигирование ВРВП. Выводы 1. У больных с циррозом печени и портальной гипертензией эндоскопическое лигирование является эффективным методом профилактики как первого эпизода кровотечения из ВРВП, так и рецидивов кровотечений. 2. Основной установкой при проведении профилактического эндоскопического лигирования должно являться устранение ВРВП 3 степени с эндоскопическими признаками угрозы кровотечения. 3. Алгоритм профилактического эндоскопического лигирования должен в обязательном порядке включать динамический ЭГДС-контроль каждые 6 месяцев с проведением, в случае возникновения

необходимости, повторных сеансов лигирования. 4. Эндоскопическое лигирование ввиду малой травматичности и высокой эффективности относится к методам выбора при проведении профилактики кровотечений из ВРВП у больных с циррозом печени классов В и С. Однако данный метод является сугубо паллиативным, позволяющим выиграть время для подготовки и осуществления трансплантации печени – единственного радикального метода лечения для данной категории больных.

341. Использование фиброколоноскопии при обтурационной непроходимости ободочной кишки

Артюхов С.В. (1) Кубачев К.Г. (2)

Санкт-Петербург

1. СПб ГБУЗ Городская Александровская больница
- 2.СЗГМУ им И.И. Мечникова, кафедра хирургии им Н.Д. Монастырского

Введение Рак ободочной кишки это заболевание старших возрастных групп для которых характерно коморбидность. При лечении таких больных, требуются подходы, направленные на уменьшение хирургической агрессии. Одним из современных направлений является эндоскопия. Для ликвидации кишечной непроходимости используют электрокоагуляцию, реканализацию опухоли и проводят зонд выше уровня препятствия, также лазерную и аргонплазменную деструкцию опухоли, стентирование. Среди случаев обтурационной толстокишечной непроходимости порядка 90% составляет рак левых отделов ободочной кишки. У 75% – 80% рак ободочной кишки выявляется в запущенных стадиях, в том числе в виде обтурационной кишечной непроходимости. Целью исследования - определить возможности фиброколоноскопии в диагностике и лечении обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза левых отделов ободочной кишки. Материалы и методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой

кишки, осложненной острой обтурационной кишечной непроходимостью. У 4,6% больных опухоль выявили в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% – в области селезеночного изгиба, у 17,4% – в нисходящей кишке, у 39,5% – в сигмовидной кишке, у 22,7% – в ректосигмоидном отделе и у 6% – в прямой кишке. Из 131 пациента с раком прямой кишки у 112 опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 – в среднеампулярном и у 2 – на уровне анального канала. Мужчин было 44,2%, женщин – 55, 8%. Больных в возрасте до 40 лет было 2,3%, 41 – 60 лет – 22,4%, 61 – 70 лет – 35, 2%, и старше 70 лет – 40,1%. В период до 12 часов были госпитализированы 1,1% больных, с 12 до 24 часов – менее 2% пациентов, в течение 24 – 48 часов – 17,6 % больных. После 3-х суток – 9% больных. В анализ попали 1019 больных, у которых не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены радикальные операции первично или двух-моментно. Пациенты с отдаленными метастазами (810), 223 пациента с нерезектабельной опухолью и 148 больных, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания. Сформированы 4 группы больных. Первая группа – 502 больных с obstructивными резекциями. Второй группе больных (372 пациента) выполнена двустольная проксимальная колостомия и, после подготовки в течение 6-10 дней, вторая операция, направленная на радикальное удаление опухоли с первичным анастомозом. В третьей группе (128 больных) формирование колостомы выполнено эндовидеохирургическим методом. Посредством эндоскопической реканализации опухоли удалось устранить в 17 случаях – четвертая группа. Результаты и их обсуждения Фиброколоноскопия выполнена 124 (12,1%) больным. В левой трети поперечной ободочной кишки рак выявлен у 11 больных, в области селезеночного изгиба – у 26, в нисходящей кишке – у 33, в сигмовидной кишке – у 47, в ректосигмоидном отделе – у 38 и в прямой кишке – у 29 больных. В 13,7% (17 больных) выполнили реканализацию опухоли. В отсроченном порядке фиброколоноскопия выполнялась 221 пациенту на 5 – 8 сутки после колостомирования с целью уточнения диагноза и/или биопсии. При гистологическом исследовании аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена более чем у 88% больных. Неклассифицируемый рак, определен у 1,7%. Из пациентов, которым удалось выполнить эндоскопическую реканализацию опухоли, второй этап удалось выполнить всем в сроки от 6 до 9 суток. Летальности в этой группе не было. Выводы. 1. Эндоскопические вмешательства, направленные на

устранение кишечной непроходимости, позволяют выполнять радикальное оперативное вмешательство с восстановлением непрерывности толстой кишки в одну госпитализацию. 2. Выполнение срочной колоноскопии позволяет установить причину непроходимости и уровень препятствия, взять биопсию. 3. Отсутствие колостомы повышает качество жизни пациента.

342.Эндоскопическая холецистэктомия при вирусном гепатите С

Аксенов И.В., Оноприев А.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Цель исследования: влияние эндоскопической холецистэктомии на функциональное состояние печени при вирусном гепатите С. Материалы и методы. В нашей клинике находилось на лечении 30 больных в возрасте от 18 до 72 лет, у которых имелся хронический вирусный гепатит С (ВГС) с минимальной степенью активности. Длительность заболевания составила от 1 года до 6 лет. При обследовании у всех пациентов подтверждалось наличие РНК ВГС. Антивирусная терапия не проводилась. Мужчин – 8, женщин – 22. Пациенты с высоким уровнем активности гепатита, холедохолитиазом были исключены из данного исследования. В связи с тем, что в отечественной и зарубежной литературе имеются разноречивые сведения об активности ферментов печени в норме, что может быть обусловлено самыми разнообразными причинами, была обследована контрольная группа из 30 человек без заболеваний печени и желчевыводящих путей. В группу сравнения включены 30 человек, перенесших эндоскопическую холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. Результаты. Всем пациентам была выполнена эндоскопическая холецистэктомия по стандартной методике 3-х троакаров. Случаев перехода к лапаротомному доступу не было. По показаниям выполнялась

биопсия ткани печени с определением индекса Knodell. Осложнений не было. У пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С уровень АЛТ и АСТ превышал норму и был достоверно выше, чем у пациентов без сопутствующих заболеваний печени. Оперативные вмешательства у пациентов с гепатитом С сопровождались более значимым повышением активности ферментов ($84,5 \pm 12,6$ Е/л и $81,7 \pm 14,2$ Е/л соответственно), которая сохранялась до выписки из клиники. Выводы. Наличие ВГС не является противопоказанием к выполнению эндоскопической холецистэктомии. Несмотря на минимальную степень активности гепатита, отмечается повышение активности АЛТ и АСТ, нарастающее в момент выполнения эндоскопической холецистэктомии и раннем послеоперационном периоде. Это требует применения медикаментозной защиты печени во время эндоскопической холецистэктомии, в послеоперационном периоде и в амбулаторных условиях.

343. Программы App Store в преподавании эндоскопии

Аксенов И.В., Оноприев А.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Цель исследования: оценка возможности применения компьютерных программ App Store при обучении эндоскопии. Материалы и методы. На нашей кафедре при обучении эндоскопии мы используем компьютерные программы, находящиеся в свободном доступе на App Store и не требующие после инсталляции постоянного подключения к интернету. В настоящее время мы рекомендуем слушателям следующие программы: 1) The Gasrolab Endoscopy Learning Center- самый большой ресурс с огромной базой высококачественных эндоскопических изображений; 2) Atlas of Gastrointestinal Endoscopy-

атлас гастроинтестинальной эндоскопии с большим количеством изображений; 3) Endo video atlas (Ferring Pharmaceutical)- эндоскопический видеоатлас с обширным объемом исследований; 4) Lower Endoscopy- атлас изображений различных заболеваний желудочно-кишечного тракта; 5) EUS (Endosonography LLC Diagnostic and Interventional Endoscopic Ultrasound)-приложение, посвященное эндоскопической ультразвуковой диагностике; 6) Magnetic Air Capsule Robot- программа дает полное представление о работе управляемой эндокапсулы на протяжении всего желудочно-кишечного тракта; 7) Olympus Broncho Guide- бронхоскопия; 8) Pneumoperitoneum in humans- базовые навыки в лапароскопии; 9) American Society for Gastrointestinal Endoscopy –ресурс, охватывающий все разделы эндоскопии. Результаты. Слушатели, которые использовали в процессе подготовки данный набор программ, быстрее и более уверенно переходили к практической работе в клинике. Имелась прямая взаимосвязь между уровнем владения персональным компьютером (планшетом) и быстротой освоения первичных навыков. Сдерживающим фактором является то обстоятельство, что все эти программы предназначены только для использования в iPad и iPhone. Выводы. При обучении эндоскопии возможно включение в учебный процесс ресурсов App Store, находящихся в свободном доступе.

344. Врачебная ошибка – вина врача? Равнозначны ли эти понятия?

Возлюбленный Д.Е. (1,2), Муравьева Е.В (3).

Ростов-на-Дону

- 1) МБУЗ «Городская больница № 20 г.Ростов-на-Дону»
- 2) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
- 3) Южный Федеральный Университет, юридический факультет, кафедра гражданского права

Ошибка врача - это частный случай профессиональных ошибок, которые встречаются при осуществлении любой деятельности. Однако

именно врачебная ошибка вызывает наибольший интерес со стороны общественности, поскольку имеет серьезные последствия как для врача, так и для пациента. Понятие врачебной ошибки широко используется в литературе и зачастую трактуется весьма произвольно: одни авторы пытаются сформулировать определение врачебной ошибки (И.В.Давыдовский, Н.В.Эльштейн, А.Г.Астапенко), другие критикуют предложенные варианты (А.С.Димов). Следует отметить, что законодательно установленного определения врачебной ошибки в настоящее время нет, на наш взгляд наиболее предпочтительным является определением И.В. Давыдовского (1928): «врачебная ошибка – это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей», или (в современной редакции) «врачебная ошибка - добросовестное заблуждение врача, возникающее при выполнении им профессиональных обязанностей результатом (или следствием) которого является причинение вреда здоровью и/или жизни пациента». Понятия халатности и причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности не могут быть отнесены к врачебной ошибке, т.к. они четко описаны в диспозитивных частях соответствующих статей УК РФ. Существующее общественное мнение отождествляет врачебную ошибку и вину врача, но это не всегда так. К врачебной ошибке можно отнести как виновное, так и невиновное деяние (действие, бездействие). В связи с тем, что в законодательстве РФ невиновное и виновное деяния имеют диаметрально противоположные последствия (невиновное деяние не наказуемо и исключает любую юридическую (дисциплинарную, гражданско-правовую, уголовную и др.) ответственность; виновное же напротив - влечет за собой юридическую ответственность), именно определение причин возникновения добросовестного заблуждения является принципиально важным, есть ли среди этих причин вина конкретного врача или нет? Причины могут быть объективными и субъективными. Объективные причины не зависят от врача (от его воли, профессионализма, знаний, и т.д.) – это недостатки организации оказания медицинской помощи, на которые конкретный врач не может повлиять и в результате чего не был выполнен достаточный объем оказания медицинской помощи, несвоевременное обращение пациента к специалисту, невыполнение врачебных рекомендаций, нетипичное протекание заболевания. Субъективные причины зависят от конкретного врача – отсутствие достаточного

практического опыта, личностные характеристики специалиста, трудности установки диагноза вследствие субъективного восприятия конкретным специалистом анамнеза и объективных данных (в т.ч. некорректных или не соответствующих действительности объяснений) пациента. К субъективным причинам некоторые авторы относят и недобросовестность или небрежность (халатность) врача при оказании медицинской услуги, однако это является дискуссионным, ведь это никак не может свидетельствовать о добросовестном заблуждении. В связи с тем, что понятие добросовестного заблуждения, добросовестности, добросовестных действий в законодательстве не дается, и что это сугубо оценочные категории которые оцениваются судом, именно установление, доказательство и обоснование наличия субъективных и объективных причин возникновения добросовестного заблуждения, степени вины врача при этом является значимым. В некоторых случаях факт наличия врачебной ошибки еще не говорит о наличии вины конкретного врача при этом. Современная практика привлечения врачей к ответственности по общим статьям УК РФ, без учета особенностей их профессиональной деятельности является вынужденной из-за отсутствия законодательно утвержденного понятия термина «врачебная ошибка», а отсутствие разбора причин ее возникновения не позволяет улучшить оказание медицинской помощи. Возможное принятие в УК РФ т.н. «медицинских статей» без учета специфики врачебной деятельности и ответственности не позволит улучшить качество оказания медицинской помощи.

345.Преимущества лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы*Пропп А.Р., Деговцов Е.Н.*

Омск

ФГБОУ ВО ОмГМУ

Цель исследования: Сравнить непосредственные результаты различных способов дистальной резекции поджелудочной железы по поводу доброкачественных заболеваний. Материалы и методы: Авторами изучены непосредственные результаты хирургического лечения 37 больных с доброкачественными заболеваниями дистального отдела поджелудочной железы. 35 больных оперировано по поводу хронического панкреатита, 2 – по поводу муцинозной цистаденомы. 5 больных из 37 оперированы лапароскопическим способом. Анализировано: средняя продолжительность операции (мин.), средняя интраоперационная кровопотеря (мл), частота послеоперационных осложнений и летальности, средняя продолжительность послеоперационного стационарного лечения (к\день). Результаты: Средняя продолжительность операции (в мин.) лапароскопической дистальной резекции составила 270 [265; 272,5], лапаротомной – 210 [192,5; 222,5]. Средняя интраоперационная кровопотеря (в мл) во время лапароскопической дистальной резекции составила 205 [195; 220], при лапаротомной - 450 [400; 595]. Послеоперационные осложнения (n=10) отмечены только после дистальной резекции лапаротомным доступом (31,3%). Релапаротомии после дистальной резекции поджелудочной железы были выполнены по поводу: абсцесса брюшной полости (n=3), разлитого перитонита (n=1) и гемоперитонеума (n=1). Среди осложнений, не потребовавших повторных оперативных вмешательств, были: наружная панкреатическая фистула (n=1), пневмония (n=1), инфаркт миокарда (n=1) и почечнопечёночная недостаточность (n=2). Послеоперационная летальность составила в общем 11,1% (n=4). Средняя продолжительность послеоперационного стационарно-го лечения (к\день) после лапароскопической дистальной резекции составила 10 [10; 10,5], после операции лапаротомным доступом - 23 [21; 24,5] Выводы: Проведенные нами исследования подтвердили преимущества лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы с двукратно меньшей интраоперационной кровопотерей по

сравнению с лапаротомией, а также при отсутствии послеоперационных осложнений и летальности. Сроки пребывания в стационаре после лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы сократились вдвое. Единственным недостатком лапароскопического способа операции остаётся большая продолжительность операции, что должно устраниваться при накоплении опыта.

346.Оценка уровня качества жизни у пациентов с буллёзной эмфиземой лёгких, оперированных различными способами*Дробязгин Е.А. (1,2), Чикинев Ю.В. (1,2), Хусаинов В.Ф.(1,2), Щербина К.И. (2)*

Новосибирск

- 1 - Новосибирский Государственный медицинский университет
- 2 - ГБУЗ НСО "Государственная Новосибирская областная клиническая больница"

Цель. Провести сравнительную оценку качества жизни у пациентов с буллёзной эмфиземой лёгких, оперированных различными способами. Материалы и методы. Проведено анкетирование 30 пациентов, которые находились на лечении в отделении торакальной хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы с диагнозом: «буллёзная эмфизема лёгких» за период с 2015 по 2017 г. Возраст пациентов от 31 года до 69 лет. Все пациенты были оперированы по поводу буллёзной эмфиземы лёгких. В зависимости от вида оперативного вмешательства пациенты разделены на 2 группы. 1 группа (группа сравнения) – 15 человек, которые были прооперированы стандартным способом. 2 группа (основная группа) – 15 человек, которые были прооперированы торакоскопическим методом. Во всех случаях выполнялась резекция булл в сочетании с субтотальной париетальной плеврэктомией. Для оценки качества жизни был использован опросник SF-36. Сроки анкетирования 1,3,6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. Результаты. При сравнительной оценке, как самого качества

жизни, так и его отдельных компонентов отмечены более низкие средние значения показателей у пациентов после торакотомии, по сравнению с таковыми у пациентов после торакоскопических вмешательств. Так, через 1 месяц после операции оценка по всем шкалам опросника выявила значимые различия между группами пациентов в пользу применения видеоторакоскопии ($p < 0,05$). Через 3 месяца после оперативного вмешательства показатель физического функционирования (PF) в группе пациентов после торакотомии на 13% ниже ($p < 0,05$), показатель ролевого функционирования (физического) (RP) на 33% значимо ниже ($p < 0,05$), показатель интенсивности боли (BP) и общего состояние здоровья (GH) в группе после т/скопии на 20.3% и 12% ниже ($p < 0,01$), чем у пациентов после торакоскопии. Показатели жизненной активности (VT), социального функционирования (SF), на 3 и 14 % ниже ($p < 0,05$), показатели ролевого функционирования (эмоционального) (RE), психического здоровья (MH) на 23,6% и на 2% ниже таковых показателей у пациентов после торакоскопии ($p < 0,01$). Показатель физического компонента здоровья на 12,8% меньше, а показатель психологического компонента здоровья значимо статистически ниже по сравнению с пациентами после торакоскопии ($p < 0,01$). Аналогичная ситуация прослеживается при сравнительной оценке показателей опросника через 6 и 12 месяцев после выполненного оперативного вмешательства со статистически достоверной разницей в значениях показателей физического функционирования (PF), ролевого функционирования (физического) (RP), жизненной активности (VT), социального функционирования (SF). Выводы: таким образом, видеоторакоскопические операции у пациентов с буллезной эмфиземой легких позволяют улучшить уровень качества жизни в послеоперационном периоде, обеспечивая быструю реабилитацию уже в раннем (1 мес) послеоперационном периоде.

347. Оптимизация антибактериальной терапии на основании проводимого внутрибольничного мониторинга микрофлоры при деструктивном холецистите

Совцов С.А., Прибыткова О.В., Прилепина Е.В.

Челябинск

ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Введение. Тяжелые осложненные формы острого холецистита (флегмонозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, гангренозный холецистит, перфоративный холецистит) являются наиболее серьезной доброкачественной патологией желчного пузыря с высокими показателями осложнений и смертности. С учетом вероятности развития гнойно-септических осложнений, терапия у таких больных с использованием соответствующих antimicrobных препаратов является важным компонентом лечения. Антибиотики всегда рекомендуются при осложненных формах холецистита и для отсроченного его лечения. Особо остро возникают эти проблемы у больных пожилого и старческого возраста, у которых не благоприятные исходы заболевания встречаются наиболее чаще и определяют качество лечения заболевания в целом. Материал и методы. В нашей клинике за последние 5 лет было пролечено 137 пациентов с острым холециститом в возрасте от 80 до 96 лет. Среди больных было 106 (77%) женщин и 31 (33%) мужчин. Средний возраст составил $84 \pm 3,4$ года. У 80% пациентов было 2 и более сопутствующих заболеваний или 2,2 на 1 больного. Средние сроки от начала заболевания до госпитализации составили $52,2 \pm 29,5$ часов. Механическая желтуха была у 44% больных. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости у 129 (94%) пациентов диагностирован острый калькулезный холецистит, а бескаменные формы болезни выявлены лишь у 8 (6%) пациентов. Признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ были выявлены в 16 случаях, что составило 12%. При поступлении в стационар всем пациентам проводилась инфузионная и симптоматическая терапия. Результаты. Оперативное лечение выполнено у 62 пациентов из 137, что составило 46%. В первые сутки, от момента госпитализации в стационар было оперировано 50 человек (81%), из них в первые 6 часов оперировано 17 пациентов (27%); в период 25-72 часа – 9 больных (16%), а прооперированных через 3-е суток и более после

поступления в стационар было всего 3 человека (5%). Антибиотикотерапия, по данным внутрибольничного микробиологического мониторинга хирургического отделения, при поступлении была назначена 101 пациенту, что составило 74%. Из 62 оперированных больных такое лечение до операции получило 44 пациента (71%). В послеоперационном периоде антибиотики были назначены 51 пациенту (82%). При назначении антибактериальной терапии, данной группе больных, мы учитывали результаты мониторинга микробиологического пейзажа, а также данные посевов желчи и чувствительность выделенных из нее микроорганизмов к антибиотикам. По нашим данным общая летальность больных в возрасте старше 80 лет при остром холецистите составила 4,3% (умерло 6 человек из 137), а послеоперационная летальность 8% (умерло 5 человек из 62 оперированных). После наложения холецистостомы умер 1 пациент, что связано с длительным течением заболевания (4 суток) и выраженным воспалительным процессом (деструкция стенки желчного пузыря, гнойный холангит). Осложнения в виде послеоперационной пневмонии нами выявлена лишь в 11% случаев, нагноение послеоперационной раны произошло в 3% случаев. Обсуждение. При остром холецистите могут быть использованы различные схемы лечения антибиотиками. Их выбор должен быть основан для лечения наиболее распространенных патогенных микроорганизмов, с учетом вне- или внутрибольничного характера инфекций, фармакодинамики и фармакокинетики антибиотика и эволюции сепсиса. Мы считаем, что антибиотики могут быть использованы в качестве лечения острого эпизода заболевания в предоперационном периоде и отсроченной операции. При выборе эмпирических антимикробных агентов (эскалационная стратегия) следует учитывать множество факторов. К ним относятся данные локальной эпидемиологии и восприимчивость бактерий к антибиотикам, фармакокинетика и фармакодинамика используемых лекарственных препаратов, а также их токсичность, почечная и печеночная функции у конкретного пациента, любая степень аллергии и других неблагоприятных событий, связанных с применением противомикробных агентов. После того, как становятся доступными данные о характере микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам, антимикробная терапия должна быть скорректирована с учетом этих данных (деэскалационная стратегия). Большое значение необходимо уделять пациентам

хирургического профиля, находящимся в ОРИТ, потому как у 20-25% пациентов развиваются вторичные гнойно-септические осложнения различной локализации и степени тяжести. Это связано с различными причинами: пациенты ОРИТ являются контингентом с повышенным риском развития внутрибольничных осложнений, вследствие применения большого количества различных инвазивных методов (использование различных катетеров, большое количество инъекционных процедур, наличие дренажей и т.п.); применение интубации трахеи и искусственной вентиляции легких, что влечет за собой присоединение инфекции дыхательных путей, не связанных с патологическим процессом в организме; пациенты, находящиеся в ОРИТ, как правило, имеют различную степень иммуносупрессии; широкое использование разнообразных антибактериальных и кортикостероидных препаратов;- наличием специфической устойчивой к антибактериальным препаратам микробиологической флоры; усугубляется течение хирургического заболевания. Заключение. Основываясь на полученных результатах лечения данной группы больных, подобная тактика лечения позволила снизить экономические потери, связанные как с уменьшением сроков лечения пациентов и продолжительностью их пребывания в клинике, так и с ограничением использования современных дорогостоящих антибактериальных препаратов для лечения внутрибольничных инфекций, что приобретает важное значение для общества.

348.Результаты ненатяжной пластики по I.L. Lichtenstein

Исокулов Т.У., Аллаяров У.Д.,
Нурмухаммадов Ж.К., Абдуназаров Р.Т.,
Назаралиев Э.Д.

Ташкент

ЦВГ СГБ

Актуальность проблемы определяется большой распространенностью грыж передней брюшной стенки, среди которых, паховые грыжи занимают прочное первое место с встречаемостью до 75%. Нельзя не считаться с тем фактом, что основная масса больных обращающиеся в клиники – это мужчины трудоспособного возраста, ограниченные во времени и нуждающиеся в полной и максимальной реабилитации. Так же нельзя недооценивать экономические аспекты лечения больных с грыжами, поскольку ежегодно оно требует огромных затрат на госпитализацию и амбулаторное долечивание. В тоже время, не теряет свою актуальность рецидивы после грыжесечений. В настоящее время специализированные герниологические центры сообщают об уровне рецидивов паховых грыж в интервале 1-5%, тогда как, в общехирургических отделениях их частота составляет от 5% до 20%. Высокие показатели рецидивов в основном выражаются при использовании традиционных методик. Рецидив грыжи нарушает трудовую активность пациентов, выполняющих физическую работу. Это особенно актуально у военнослужащих. В настоящее время описано свыше 100 методов грыжесечения. На сегодняшней день операция Лихтенштейна является приоритетной в США, Европе. В руководящих принципах Европейского общества грыжи, ненатяжная пластика по I.L. Lichtenstein (1986) «tension free» по прежнему рекомендуется в качестве «золотого» хирургического метода выбора для восстановления при паховых грыжах. Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с паховыми грыжами используя полипропиленовый эндопротез при ненатяжной пластики по I.L. Lichtenstein. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 87 больных, которым была выполнена ненатяжная герниопластика по I.L. Lichtenstein в 2014-2018 гг. Мужчин было 83 (95,4%), женщин – 4 (4,6%). Из них военнослужащих было 81 (93,1%), т.е. отмечалось значительное

преобладание пациентов, чей род был связан с физическими нагрузками. У 21 (24,1%) пациентов с паховыми грыжами были сопутствующие заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет). Критериями включения были минимальный возраст 22 года, плановая операция, впервые выявленные и рецидивные грыжи. Средний возраст больных составил 40,3 года. Мы руководствовались классификацией паховых грыж по L. Nyhus, которая по данным опроса проведенного в 2003 г. пользуются большинство герниологов Европы и Америки. Согласно данной классификации, грыжи I типа наблюдались у 8 (9,1%), II типа – 25 (28,7%), IIIA типа – 11 (12,6%), IIIB типа – 17 (19,5%) и IV типа – 26(30%) больных. В своей практики использовали сетчатый эндопротез из инертного полипропилена Эсфил (Линтекс) фиксирующиеся монофиламентными шовными материалами. Всем больным за 30 минут до оперативного вмешательства проводилась антибиотикопрофилактика путем однократного внутримышечного введения антибиотиков группы цефалоспоринов. Премедикацию проводили в двух этапах. Вечером, накануне операции назначался транквилизатор Феназепам, а перед операцией – 1мл 2% раствора промедола. Всем пациентам операция проводилась под эпидуральной анестезией. Основными этапами при ненатяжной пластики по I.L. Lichtenstein были – разрез кожи параллельно и на 2 см выше паховой связки, рассечение апоневроза наружной косой мышцы по линии его сухожилий, мобилизация семенного канатика, выделение грыжевого мешка и ее обработка, моделирование размера эндопротеза в зависимости от разрушенной задней стенки пахового канала, визуализация ствола п. Ileoinguinalis, фиксация эндопротеза к лонному бугорку, паховой связке и к внутренней косой мышце живота, ушивание апоневроза наружной косой мышцы над эндопротезом. Результаты: средняя продолжительность операции составило 47,6±4 минут. Средний срок нахождения пациентов в стационаре составил 8,0±1,0 койко-дней. В раннем послеоперационном у 6 (6,9%) имело осложнение в виде подкожного инфильтрата, которые после проведенной курса консервативной терапии зажили первично. Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Следует отметить, что вышеописанные осложнения наблюдались у пациентов с сопутствующими патологиями (ожирение, сахарный диабет). За период наблюдения в течение 5 лет рецидивов грыж не было. Таким образом, данный вид пластики

является методом выбора паховых грыж. Ненатяжная пластика по I.L. Lichtenstein показано лицам пожилого, старческого возрастов, пациентам трудоспособного возраста, особенно военнослужащим.

349.Использование аппарата ligasure при лечении хронического геморроя

Денисенко В.Л. (1), Цыплаков К.Г. (1),
Хмельников В.Я. (1), Смирнов В.К. (1),
Сушков С.А. (2), Денисенко Э.В. (2)

Витебск

- 1) УЗ "Витебский областной специализированный клинический центр"
- 2) УО "Витебский государственный медицинский университет"

Введение. Геморрой в структуре проктологических заболеваний занимает ведущее место. Данное заболевание приводит к временной потере трудоспособности, а также снижает качество жизни. По данным мировой статистики от геморроя страдает от 6 до 10% взрослого трудоспособного населения Земли. Наиболее высока она в развитых странах, таких как США, Германия, Швеция, Япония. В настоящее время в большинстве случаев применяется модифицированная типичная геморроидэктомия по Milligan-Morgan. Анализируя результаты лечения, по данным литературы, осложнения (тромбоз наружных геморроидальных узлов, кровотечения, недостаточность анального сфинктера) возникают у 34 – 41% пациентов. D. Marshman et al. для эффективного лечения хронического геморроя применили лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами [1]. В Германии разработали специальное устройство, с помощью которого на ножку геморроидального узла набрасывали циркулярную лигатуру из специальной латексной резины. После сдавливания ножки и прекращения притока крови к узлу он отторгается вместе с лигатурой на 11-14 день после манипуляции. Эффективность метода при I-II стадии заболевания достигает 90%. При III стадии заболевания эффективность метода не превышает

70%, что обуславливает необходимость неоднократных процедур лигирования. В отдаленном периоде рецидив симптомов при III стадии геморроя отмечается у 20-30% пациентов, которые являются потенциальными кандидатами на хирургическое лечение либо им необходимо проводить повторное латексное лигирование [2]. Е.А. Загрядский внедрил трансанальную дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой [3]. Внедряемые новые методики уменьшают экономические затраты при лечении геморроидальной болезни и улучшают качество жизни пациентов. N. Zampieri et al. применили для лечения геморроидальной болезни аппарат Ligasure [4]. Цель работы – оценить эффективность геморроидэктомии по Миллигану-Моргану в сравнении с геморроидэктомией с помощью аппарата Ligasure. Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование. Было выделено 2 группы пациентов, которым геморроидэктомия проводилась двумя различными способами. В 1 группу включено 68 пациентов с III-IV стадиями геморроя (32 мужчины и 36 женщин) в возрасте от 23 до 71 года (средний возраст $47,8 \pm 24,01$ лет ($M \pm \sigma$)). Для лечения пациентов с хроническим геморроем III-IV-стадий в клинике использовали геморроидэктомию по Миллигану-Моргану. Во 2 группу включено 15 пациентов с IV стадией геморроя (7 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 29 до 69 лет (средний возраст $47,0 \pm 10,7$ лет ($M \pm \sigma$)). Для лечения пациентов с хроническим геморроем IV-стадии в клинике использовали аппарат LigaSure. Проанализированы следующие параметры - продолжительность операции, длительность и интенсивность болевых ощущений, сроки пребывания пациентов в стационаре. Для статистического анализа данных была использована программа SPSS. Результаты и обсуждение. Всем пациентам удалось выполнить запланированный объем вмешательства. В 1 группе использовалась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Она заключалась в прошивании ножки узла кетгутом или викрилом, шовными материалами, которые впоследствии самостоятельно рассасываются. Патологические венозные узлы последовательно удаляются при помощи скальпеля. У каждого пациента удалено по 3 геморроидальных узла. Время операции составляло в среднем $25,7 \pm 12,6$ минут ($M \pm \sigma$). Стационарное лечение пациентов продолжалось в среднем $8,7 \pm 3,6$ дней. Наблюдалось длительное не заживление ран (до 2 месяцев) у 3 пациентов, а так же выраженный болевой синдром, купирующийся наркотическими

анальгетиками. Во 2 группе геморроидэктомия с Ligasure начиналась с наложения специального зажима на ту область, где расположен узел. Затем на ткани воздействовали электроимпульсом. Использовали высокочастотный переменный ток (470 кГц), максимальное напряжение 120 вольт, сила тока 4 ампера, максимальная мощность 150 Вт. Проводилось несколько циклов воздействия с паузами для охлаждения тканей. В паузе продолжали сдавливать ткани специальными браншами. После удаления сосуда коагулировались, тем самым, исключалась необходимость прошивания для остановки кровотечения. Весь процесс воздействия на один узел составлял около 5 секунд. У каждого пациента удалено по 3 геморроидальных узла. Время операции составляло в среднем $16,7 \pm 7,9$ минут ($M \pm \sigma$). Стационарное лечение пациентов продолжалось в среднем $7,8 \pm 1,8$ дней. В раннем послеоперационном периоде у пациентов удалось достичь минимализации болевых ощущений. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у всех пациентов. Выводы. Установлено, что при проведении геморроидэктомии с использованием аппарата Ligasure удалось достичь значительного уменьшения болевого синдрома, сокращения времени операции в среднем на 9 минут, а так же длительности пребывания пациентов в стационаре в среднем на 0,9 дня в сравнении с геморроидэктомией по Миллигану-Моргану.

350. Применение миниинвазивного метода клапанной бронхоблокации в лечении больных ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких

Аскалонова О.Ю. (1), Цеймах Е.А. (2),
Зимонин П.Е. (1)

Барнаул

1) КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулёзный диспансер»,
2) ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Повышение эффективности лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких остаётся актуальной проблемой во фтизиатрии. Больные с данной формой являются постоянным источником бактериовыделения, в том числе лекарственно-устойчивыми (ЛУ) штаммами микобактерий туберкулёза (МБТ). Кроме этого фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких приводит к необратимым и трудноизлечимым изменениям в организме пациента. Поэтому применение альтернативных методов лечения данной категории больных, к которым относят миниинвазивный метод клапанной бронхоблокации, очень важен. Цель исследования: оценить результаты применения клапанной бронхоблокации (КББ) в лечении больных ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких (ОФКТЛ) Материалы и методы. Обследовано 97 больных ОФКТЛ в фазе инфильтрации и обсеменения, характеризующийся односторонним поражением в пределах одной доли лёгкого. Анализируемые пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе (ОГ) наблюдались 42 пациента, у которых применяли метод (КББ). В группу сравнения (ГС) вошли 55 больных. Эндобронхиальный клапан устанавливался и удалялся при проведении фибробронхоскопии в стационарных условиях. В лечении применялись стандартные режимы химиотерапии с учётом ЛУ возбудителя. Дополнительно к химиотерапии в обеих группах применялся искусственный пневмоперитонеум (ИПП). Все обследованные пациенты были бактериовыделителями с ЛУ штаммами микобактерий туберкулёза (МБТ). Причём в обеих группах преобладала множественная ЛУ (в ОГ наблюдалась у 30 (71,4%), а в ГС – у 37 (67,3%)). Широкая ЛУ встречалась у 5 (12,0%) и 4 (7,3%)

больных соответственно. Моно- и полирезистентность наблюдалась в ОГ у 7 (16,7%) пациентов, в ГС- у 14 (25,4%). Статистически значимых различий в группах не было. Результаты и обсуждение. Длительность применения КББ в ОГ и длительность ИПП в обеих группах составляла в среднем 10-16 месяцев. У больных в ОГ на 27,4±1,5 день от начала лечения отмечено улучшение общего состояния, исчезновение симптомов интоксикации, в ГС -на 50,7±1,4 день; нормализовались показатели крови на 40,4±1,4 день в ОГ и на 62,9±2,3 день в ГС ($P<0,001$). Положительная рентгенологическая динамика через 12 месяцев лечения отмечалась в ОГ у 42 (100%) больных и у 40 (72,7%) в ГС ($p=0,0001$, ТТФ). Прекращение бактериовыделения по данным люминесцентной микроскопии мокроты и метода посева наблюдалось через 12 месяцев лечения в ОГ у 40 (95,2%) пациентов, а в ГС - у 32 (58,2%) ($p=0,00001$, ТТФ). Выводы. Применение КББ повышает эффективность лечения больных ОФКТЛ. Отмечена положительная клинико-лабораторная динамика в среднем на 23 дня быстрее в ОГ. Положительная рентгенологическая динамика в 1,4 раза быстрее и прекращение бактериовыделения в 1,6 раза чаще достигнуто у пациентов в ОГ, чем в ГС.

351. Хирургическая коррекция онихокриптоза с использованием диодного лазера

*Ковчур О.И., Фетюков А.И., Ковчур П.И.,
Малышев В.А., Цицюра А.П.*

Петрозаводск

ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»

Вросший ноготь или онихокриптоз – это патология, которая чаще встречается на больших пальцах стоп и представляет собой врастание ногтевой пластинки в латеральный или медиальный край ногтевого валика, которое может приводить к осложнениям (воспаление ногтевого валика, вплоть до костной ткани фаланги пальца). Нередко процесс бывает двусторонним. Хирургический метод является основным методом коррекции вросшего ногтя.

Частота рецидивов составляет 50-70%. Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с онихокриптозом, снижения травматичности оперативного вмешательства, снижение частоты послеоперационных осложнений за счет применения лазерной техники. Материал и методы исследования. Для достижения поставленной нами цели использовали лазерный хирургический аппарат «Лазермед 10-01» производства г. Тула. Это диодный лазер, с длиной волны излучения 1,06 мкм с мощностью регулируемого излучения 0,1-10 Вт. Использовался гибкий световод с диаметром лазерного пятна 0,6 мм в непрерывном режиме работы. Операция проводилась под местной анестезией в амбулаторных условиях. С помощью лазера удалялась непосредственно врастающая часть ногтя, гипергрануляции, расширенная ростковая зона ногтя и проводилась санация воспалительного очага. Результаты. В амбулаторных условиях за 2013 - 2018 годы лазерная коррекция онихокриптоза выполнена 295 пациентам: 220 (74,5%) были мужчины, 75 (25,5%) – женщины. У 82 (27,7%) пациентов отмечался двусторонний процесс. Таким образом выполнено 377 хирургических коррекций с использованием диодного лазера «Лазермед 10-01». В послеоперационном периоде проводились перевязки с левомеколью, назначения анальгетиков в большинстве случаев не требовалось. Сроки реабилитации составили в среднем 7-10 дней. Пациенты отмечали быстрое купирование воспалительных явлений на пальце, болевого синдрома. Отдаленные результаты в сроки от двух до пяти лет изучены у 277 пациентов (93,8%) путем анкетирования и осмотра в амбулаторных условиях. 96,6% отметили хороший результат с отсутствием болевого синдрома, с хорошим косметическим эффектом. Рецидивы заболевания отмечены у 13 (3,4%) пациентов, что потребовало повторной лазерной коррекции с хорошим результатом в ближайшем и отдаленном периодах. Заключение. Хирургическая коррекция вросшего ногтя с использованием диодного лазера «Лазермед 10-01» является миниинвазивным методом и позволяет добиться хороших результатов лечения, косметичности, значительного снижения сроков реабилитации пациентов и может в будущем гарантировать от повторного врастания ногтя.

352.Обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе опухолевого генеза

Майстренко Н.А.(1), Ромащенко П.Н.(1),
Прядко А.С.(1,2), Кузнецов А.И.(2),
Филин А.А.(2),Алиев А.К.(1).

Санкт-Петербург

- 1 Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова
- 2 ГБУЗ Ленинградская областная
клиническая больница

Актуальность. Механическая желтуха, является тяжелым, жизнеугрожающим и, зачастую, первым симптомом опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ). Наиболее частыми причинами развития механической желтухи опухолевого генеза (МЖОГ) являются: рак головки поджелудочной железы (ПЖ), рак холедоха и рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). Данные опухоли обуславливают до 80% всех случаев возникновения МЖ. Цель – разработка оптимального алгоритма диагностики и лечения МЖОГ, позволяющего повысить эффективность первичного оперативного вмешательства, направленного на разрешение желтухи, уменьшить средний койко-день, количество осложнений и летальность у оперируемых больных. Материалы и методы. Для формирования рациональной тактики обследования и лечения МЖОГ проведён ретроспективный анализ результатов оперативных вмешательств у 242 пациентов (1-я группа, за период с 2011 по 2015 г.) и изучены результаты проведённых вмешательств проспективной группы у 102 больных (2-я группа, за период с 2016 г. по 2018 г.). Возраст пациентов варьировал от 30 до 94 лет. Перед проведением дренирующих операций все больные были обследованы (КТ, МРХПГ, УЗИ брюшной полости, ФГДС с осмотром БСДК.) Все оперативные вмешательства осуществляли по общепринятым методикам. Результаты. Изучение данных дооперационного обследования больных МЖОГ, интраоперационной ревизии, а также анализ непосредственных результатов хирургического лечения в ретроспективной группе позволил нам установить ведущие критерии, определяющие выбор метода дренирования

желчных протоков и необходимость предоперационной подготовки и лечения: 1) определение тяжести общесоматического состояния больных по шкале ASA; 2) тяжесть МЖ по классификации Э.И. Гальперина; 3) анатомический уровень блока внепеченочных желчевыводящих протоков (ЖВП) по данным УЗИ, МРХПГ и ЭРХПГ; 4) стадия онкологического процесса по классификации TNM (2018). Установлена прямая корреляционная связь тяжести МЖ по классификации Э.И. Гальперина с количеством послеоперационных осложнений и летальностью. Для удобства понимания уровня блока ЖВП нами была разработана и апробирована следующая градация уровня опухолевого поражения. Блок ЖВП I уровня (выявлен у 67% больных) создавали опухоли головки ПЖ, холедоха и БСДК (блок на уровне холедоха с сохраненным, функционирующим пузырным протоком при наличии желчного пузыря). К блоку ЖВП II уровня (23% обследованных) приводили опухоли холедоха и головки ПЖ (с вовлечением пузырного протока), опухоли желчного пузыря и Клацкина (Bismuth-Corlette I), а также метастатическое поражение лимфатических узлов гепатодуоденальной связки. Блок ЖВП III уровня (10%) вызывали опухоль Клацкина (Bismuth-Corlette II, IIIa, IIIb, IV) и метастатическое поражение печени (долевых и сегментарных протоков). По системе TNM (2018) I стадия опухолевого процесса выявлена у 5% больных, II стадия – у 30,9%, III – у 24,2%, IV – у 39,9%. В ретроспективной группе (n = 242) эндоскопическое стентирование (ЭС) выполнено у 144 (59,5%) пациентов, эффективность которого при блоке I уровня составила 91,6%, II – 91,2%, III – 78,5%. В последующем от проведения ЭС при блоке ЖВП III уровня отказались. Чрескожно-чреспеченочное дренирование (ЧЧД) выполнено у 46 (19%) пациентов. Эффективность на всех уровнях блока превысила 90%, однако среднее количество и тяжесть осложнений было больше, чем в сравнении с ЭС. Холецистостома выполнена 45 пациентам (18,5%) и была эффективна только на I уровне блока. Сочетанные варианты дренирования предпринимали у пациентов с неэффективным первичным вариантом оперативного вмешательства. Осложнения операций развились у 51 (21,1%) больного. Общая летальность (n=4) 1,65%. Изучение результатов обследования и лечения пациентов ретроспективной группы позволило установить следующие обязательные шаги обследования и лечения больных МЖОГ. Операционно-анестезиологический риск по шкале ASA IV или тяжесть МЖ класса В или С (по

классификации Э.И.Гальперина) являются основанием к лечению больных МЖОГ в условиях отделения интенсивной терапии. Подтверждение диагноза МЖОГ, уровня блока ЖВП и стадирование онкологического процесса по системе TNM позволяет определить перспективу радикального хирургического лечения (отбор пациентов на первичное вмешательство). Декомпрессию ЖВП при блоке I и II уровня целесообразно осуществлять эндоскопическими методиками дренирования (стентирования). Разрешение МЖОГ при блоке ЖВП III уровня целесообразно осуществлять путем ЧЧД. ХС целесообразна при блоке холедоха на I уровне только при отсутствии технической возможности применения малоинвазивных методов декомпрессии ЖВП. Применение сочетанных анте- и ретроградных вариантов декомпрессии ЖВП должны аргументироваться строго индивидуально. С учётом анализа результатов хирургического лечения больных ретроспективной группы в проспективном исследовании (n=102) выполнены следующие оперативные вмешательства: 1) ЭС осуществлена у 57 (55,9%) больных только при уровнях блока I и II с эффективностью 92,8%; 2) ЧЧД – у 32 (31,3%) с эффективностью 93,75% при всех уровнях блока; 3) холецистостомия – у 18 (17,6%), которая несмотря на выполнение только при уровне блока I была эффективна у 87,5% пациентов. Количество сочетанных вмешательств составило 11,7%. Осложнения операций развились у 20 (19,6%) больных. Общая летальность (n=1) 0,98%. Аргументированное применение минимально инвазивных лечебных подходов декомпрессии ЖВП позволило разрешить МЖ у 71,4% больных с нерезектабельными опухолями ГПБЗ и подготовить к радикальному хирургическому вмешательству 28,6% пациентов. Заключение. Реализация разработанного алгоритма диагностики и лечения больных МЖОГ позволила достоверно повысить первичную эффективность выполненных оперативных вмешательств с 84,7% до 87,3%, снизить долю сочетанных вмешательств с 15,7% до 11,7% и уменьшить средний койко-день с $13,07 \pm 7,02$ до $11,4 \pm 5,6$ ($p < 0,05$), а также снизить общее количество осложнений с 21,1 % до 19,6 % и общую летальность с 1,65% до 0,98% ($p < 0,05$). Установлено, что при разрешении МЖ на I и II уровне, эндоскопическое стентирование является достаточно успешным вмешательством при минимальном количестве осложнений, а при блоке на III уровне операцией выбора является ЧЧД.

353. Влияние тромбоза глубоких вен у больных с синдромом диабетической стопы на течение заживления раны в ближайшем послеоперационном периоде

*Борисов В.А., Абдулгамидов Т.Б.,
Мазуренко Е.А., Окаев А.О.*

Саратов

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского

Актуальность. В патогенезе синдрома диабетической стопы приоритетное значение обоснованно отдается артериальной недостаточности. Справедливо считать, что нарушение венозного оттока на фоне тромбоза глубоких вен усугубляет послеоперационное заживление раны у больных сахарным диабетом после ампутации по поводу гангрены нижней конечности. Цель исследования: оценка состояния венозной системы, фибринолитического и коагуляционного звена гемостаза и их влияние на непосредственные результаты ампутаций по поводу диабетической гангрены нижней конечности. Материалы и методы. В исследование включено 15 больных с диабетической гангреной, которым по жизненным показаниям выполнена ампутация на уровне верхней трети голени и бедра. Женщин 9 (60%), мужчин 6 (40%). Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 2,4$ лет. У большинства больных сахарный диабет (СД) имел место в течение 8-10 лет. Больные разделены на 2 группы. 1 - инсулинзависимые 10 (66,6%), 2 – инсулин независимые 5 (33,4%). По принятой в нашей клинике методике в стационаре на 2-3 сутки после операции выполнялось не только дуплексное сканирование артериальных сосудов, но и венозных. Изучалась фибринолитическая и коагуляционная звено гемостаза в динамике. Результаты исследования. В послеоперационном периоде на фоне стандартных доз гепарина у 10 (66,6%) пациентов не были достигнуты необходимые цифры АЧТВ, что потребовало коррекции дозы. ПТИ достоверно увеличивался в первой группе ($p < 0,05$) в 1 сутки. Уровень фибриногена в 1 сутки после операции достоверно повышался в этой же группе ($p < 0,005$) и составлял $6,8 \pm 1,3$ г/л, постепенно снижался к 5 суткам по сравнению со второй группой. При динамическом наблюдении у 11 (73,33%) больных (9 больных 1 группы и 2 – второй) после ампутации на 2–3 сутки наблюдали выраженный отек культи конечности и

при проведении дуплексного исследования глубоких вен выявили признаки тромбоза. У 4 (26,6%) пациентов (1 больной 1 группы и 3 – второй), имелся незначительный отек культи и при ультразвуковом исследовании признаков флеботромбоза не обнаружено. Пристеночных тромбов с явлениями флотации у больных обеих групп мы не наблюдали. У пациентов с признаками тромбоза глубоких вен имело место длительное не заживление послеоперационной раны первичным натяжением, по сравнению с больными без флеботромбоза. Выводы: у инсулинзависимых больных в 90% случаев и инсулиннезависимых в 40% встречаются изменение коагуляционного звена в сторону гиперкоагуляции на фоне чего нередко формируется тромбоз глубоких вен, что нарушает венозный отток, способствующий нарушению регенеративных процессов и снижению сроков заживления раны.

354.О применении эндоскопических операций в экстренном хирургическом отделении

*Дубошина Т.Б., Долишний В.Н., Амиров Э.В.,
Якубенко В.В, Власов Г.В.*

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
имени В.И. Разумовского

За последние 10 лет число эндоскопических и миниинвазивных операций растет во всех хирургических стационарах. Об этом рассказывают статьи и диссертационные исследования (Кукушкин А.В, 2010; Кравчук О.А. 2010; Хатьков И.Е., 2012; Панин С.И, 2013) Особое место занимают вопросы внедрения эндоскопических методов лечения в практику экстренного хирургического отделения. Внедрение эндоскопических методов должно привести к улучшению результатов лечения экстренных хирургических больных, но в ряде случаев техническое оснащение операционных оказывается недостаточным, а опыт хирурга неадекватным. Нельзя не учитывать и тот факт, что в экстренные отделения чаще поступают больные старше 60 лет с множественными сопутствующими

заболеваниями. Принимая во внимание эти обстоятельства, мы определили Цель исследования: анализ внедрения эндоскопических и миниинвазивных методик в практику экстренного хирургического отделения в течение 10 последних лет. Задачи: 1) изучить динамику применения эндоскопических и миниинвазивных методик в экстренном хирургическом отделении; 2) оценить эффективность применения данных методик, используя оценку ближайших результатов лечения и частоту развития послеоперационных осложнений. Материал и методы: Материалом исследования являются наблюдения за 2132 больными, находившимися на лечении в экстренном хирургическом отделении клиники факультетской хирургии СГМУ им. В.И.Разумовского в 2016 -2017гг. Контрольную группу составили 2876 больных, находившихся на лечении в том же отделении в 2013-2014г.г. и 1909 больных, лечившихся в этом отделении в 2007г. В работе мы учитывали, что систематическое исследование Панина С.И.(2013) с использованием Кохрановской библиотеки позволило сделать вывод, что в рамках доказательной медицины, максимальным ограничением минилапаротомного доступа без увеличения травматичности вмешательства является длина разреза, не превышающая 8 см. В ходе работы с собственным материалом, оценивая эффективность внедрения эндоскопических и миниинвазивных вмешательств, мы использовали дизайн когортного исследования в параллельных группах. В группах сравнения мы использовали стандартизированные методики предоперационного, послеоперационного лечения и анестезии, применяли идентичные подходы к диагностике и определению исходов лечения. База данных о больных и обработка информации производилась с использованием программы Microsoft Excel 7,0. Результаты и обсуждение В экстренном отделении клиники в 2007г. было выполнено 1159 операций, в том числе 218(18,8%) лапароскопических и 282 операции(24,3%) из мини-доступа. Число послеоперационных осложнений составило 0,8%, а летальность после операции 2,0%. В 2013-2014гг. выполнено 1589 операций, в т.ч. 649(40,8%) эндоскопических и 330(20,8%) операций из мини-доступа. Число послеоперационных осложнений составило 0,6% при сохранении послеоперационной летальности в 2%. Значительно расширился диапазон лапароскопических вмешательств и частота их применения. 90 % операций по поводу острого холецистита и его осложнений выполняются малоинвазивными методами. Процент

лапароскопических аппендэктомий составил 74%. В 2016-2017гг. было выполнено 1819 операций, в том числе 760 (41,8%) эндоскопических вмешательств и 430(23,6%) операций из мини-доступа. Таким образом, миниинвазивные вмешательства применялись у 65,44% больных. Число послеоперационных осложнений составило 0,55% в целом и 0,3% после эндоскопических операций. Послеоперационная летальность в отделении составила 2,0%. Выводы: 1) применение эндоскопических операций в экстренном хирургическом отделении за последние 10 лет выросло с 18 до 42%; применение операций из мини – доступа существенно не изменилось; 2) рост числа эндоскопических и малоинвазивных вмешательств в экстренном отделении не повлиял на общие цифры послеоперационной летальности, но привел к существенному снижению числа послеоперационных осложнений и к снижению числа дней пребывания в стационаре.

355.Топографо-анатомические и биомеханические особенности хирургического лечения комбинированных послеоперационных вентральных грыж

Шептунов Ю.М. (1), Внуков П.В. (2)

Липецк,
2) Елец

1) ГУЗ "ЛОКБ",
2) ГУЗ "ЕГБ №2"

Актуальность. Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж не теряет своей актуальности. Наибольшее количество работ совершенно справедливо посвящено разработке и оценке современных способов срединной герниопластики, как наиболее чаще используемой. Сочетание же срединных грыж с боковыми (ML) зачастую не позволяет применить стандартные методы, разработанные отдельно для срединных и боковых грыж. Поэтому топографо-анатомическая и биомеханическая оценка таких комбинированных грыж является важным аспектом современной герниологии. Материал и методы. Исследование

основано на анализе хирургического лечения 7 пациентов с комбинированными послеоперационными вентральными грыжами. У троих грыжи сформировались после J-образных доступов. У четырех - в результате отдельных лапаротомий (одна из которых - срединная), выполненных в разное время. Средний возраст пациентов 61,5±3,4лет. На дооперационном этапе помимо стандартного обследования всем пациентам была выполнена ультрасонография с определением размеров, а также анатомических особенностей грыжевых дефектов. Интраоперационно, по мере диссекции грыжевых ворот и слоев передней брюшной стенки были изучены топографические и биомеханические особенности слоев передней брюшной стенки, возможность беспрепятственной диссекции в их пределах. У троих было выполнено два разных доступа к грыжевым дефектам (срединный и боковой). У четырех пластика произведена через единый срединный доступ. Всем больным в срединной зоне была выполнена ретромускулярная пластика (у 4 в сочетании с TAR). Расположение импланта в боковой части комбинированной грыжи было следующее. У четырех - преперитонеальное, у двоих между внутренней косой и поперечной мышцей, у одного - между апоневрозом наружной косой мышцы и внутренней косой мышцей. Результаты. В ходе интраоперационной оценки было установлено, что в области футляра прямой мышцы живота на стороне боковой части грыжи отмечается выраженный спаечный процесс. В связи с этим, диссекция в ретромускулярном пространстве сопровождается повреждением перфорантных сосудов и нервов, а также капиллярным кровотечением. Пересечение поперечной мышцы живота обеспечивает доступ в преперитонеальное пространство в области боковой части дефекта, что делает возможным выполнение аллопластики единым протезом. У трех больных, в связи с выраженным рубцовым процессом в этой зоне отдельный имплант расположен интермускулярно. Было отмечено, что в этих случаях overlap может оказаться недостаточным в медиальном направлении, особенно после ушивания задних листков футляров прямых мышц. Поэтому необходима трансфасциальная фиксация одного протеза к другому. В сроки наблюдения до 24 месяцев рецидива отмечено не было. Обсуждение. Наличие комбинированной грыжи сопровождается более выраженными рубцовыми изменениями слоев передней брюшной стенки, а ушивание срединного дефекта приводит к возникновению

дополнительных напряжений, особенно в медиальной зоне бокового дефекта. Выводы. При наличии комбинированной (срединной и боковой) послеоперационной вентральной грыжи оптимальным единым срединным доступом с пересечением поперечной мышцы живота и имплантацией одного протеза. В случае выраженного спаечного процесса в преперитонеальном пространстве боковой части грыжи целесообразно межмышечное расположение отдельного протеза с фиксацией его медиального края к ретромоксакулярно расположенному срединному импланту.

356. Выбор тактики при псевдокистах поджелудочной железы

*Ковчур О.И., Фетюков А.И., Шорников В.А.,
Ковчур П.И., Агапитова Е.В.*

Петрозаводск

ГОУ ВПО «Петрозаводский Государственный университет», ГУЗ «Республиканская больница имени В.А.Баранова», Республика Карелия.

Частота кист поджелудочной железы в последние годы неуклонно растет и составляет 15%. Из-за осложнений, которые возникают в процессе формирования кист летальность составляет в среднем 18%. Цель исследования: сравнительная оценка методов лечения псевдокист поджелудочной железы. Материалы и методы: В период с 2013 по 2018 годы в хирургическом отделении Республиканской больницы на излечении находились 97 пациентов с ложными кистами поджелудочной железы в возрасте от 42 до 65 лет. Из них 77(79,3%) мужчин и 20(20,7%) женщин. Наибольшее число пациентов составили лица трудоспособного возраста. Причинами кистообразования явились: деструктивный панкреатит в 76 случаях (78,3%), травматический панкреатит в 21 случае (21,7%). Кисты локализовались: в головке – в 27 случаях (25,4%), в теле – в 29 случаях (28,3%), в хвосте – в 25 случаях (22,4%), вне поджелудочной железы – в 6 случаях (8,9%), множественные кисты – в 10 случаях (15%). Размеры кист колебались от 5 мм до 20 см в

диаметре. В диагностике кист использовали УЗИ, СКТ брюшной полости, которые позволили уточнить диагноз кисты, стадию ее формирования, локализацию и определить лечебную тактику. У 46 (47,4%) больных псевдокисты имели осложнения: нагноение – 19(41,3%), плеврит – 1(2,1%), перфорация кисты с развитием ферментативного перитонита – 3(6,5%), механической желтухи – 4(8,7%), сахарный диабет – 3(6,5%), наружный панкреатический свищ – 15(32,6%), аррозивное кровотечение – 1(2,1%). Экстренно оперировано 11 пациентов (11,3%), вследствие развития у них осложнений (нагноение и перфорация кисты с развитием перитонита). Характер выполненных хирургических вмешательств: Наружное дренирование и марсупиализация кисты – 15(15,4%), дистальная резекция поджелудочной железы с кистой – 7(7,2%), цистогастростомия – 4(4,1%), цистоеюностомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки – 13(13,4%), цистозентероанастомоз с Брауновским соустьем – 3(3%), дренирование кисты под контролем УЗИ – 44(45,4%) Наибольшее количество хирургических вмешательств пришлось на дренирование кист под контролем ультразвукографии (45,4%). Последние годы нами отдается предпочтение чрезкожному наружному дренированию псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ. Показаниями к дренированию явились: выраженный болевой синдром, сдавление желчных протоков, желудка и других органов, прогрессивное увеличение размеров кисты, нагноение кисты. После уменьшения объема кисты выполнялась фистулография, после чего выбирался окончательный вариант лечения кисты. По анализу ближайших и отдаленных результатов лечения наших больных под УЗИ наведением в сроки от одного до пяти лет, возникший рецидив кисты зафиксирован у 5(5,2%) пациентов, что привело к хирургическому лечению. У 5 больных сформировался внутренний свищ кисты с желудком. Выводы: Метод дренирования кист под УЗИ наведением является методом выбора, так как в большинстве случаев позволяет без операции ликвидировать кисту, максимально сохраняя объем функционирующей ткани поджелудочной железы. Данный метод приводит к уменьшению койко-дней, количеству осложнений, летальности, вполне оправдан у ряда больных с псевдокистами поджелудочной железы.

357. Шкала для раннего выявления и прогнозирования исходов абдоминального сепсиса

*Литвин А.А., Вайсбейн И.З., Савич Л.В.,
Кузнецов Г.Л.*

Калининград

Балтийский федеральный университет им. И. Канта,
областная клиническая больница

Актуальность. Раннее выявление и своевременное лечение больных с абдоминальным сепсисом может улучшить прогноз заболевания. Продолжается поиск оценочных шкал раннего прогнозирования тяжести абдоминального сепсиса и исходов перитонита. Цель – в составе международной группы по изучению абдоминального сепсиса разработать новую оценочную шкалу раннего определения и прогнозирования абдоминального сепсиса. Материалы и методы. Мы приняли участие в международном мультицентровом исследовании PIPAS (Physiologic Indicators for Prognosis in Abdominal Sepsis) совместно с врачами-хирургами из 152 госпиталей (56 стран). Период исследования – с 1 февраля по 31 мая 2018. Изучены результаты обследования и лечения 3137 пациентов, которые были госпитализированы в участвующие в исследовании хирургические отделения с диагнозом острый перитонит. Наша группа пациентов составила 43 больных с различными острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными перитонитом. Анализировались данные о пациентах, типичные для первичного осмотра на момент госпитализации в стационар: жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, данные объективного, лабораторного и инструментального обследования. Информация вносилась в «онлайн» базу данных. Исследование проводилось под руководством Международного Общества Экстренной Хирургии - WSES (World Society Emergency Surgery). Для изучения зависимости между факторами риска абдоминального сепсиса и летальностью использовался критерий хи-квадрат. Также был проведен многокомпонентный логистический регрессионный анализ с выбором независимых переменных. Затем проводилась проверка информативности полученных критериев путем вычисления площади под ROC-кривой. Результаты. Среди всех пациентов, включенных в исследование

PIPAS, 377 (12%) лечились консервативно, 2760 (88,0%) больных подверглись оперативному вмешательству. Из числа пациентов, наблюдаемых на базе КОКБ, 100% были оперированы. Общий уровень летальности составил 8,9%. Средняя продолжительность госпитализации составила 6 дней (4-10). На основании полученных данных была создана новая шкала ранней оценки тяжести острого перитонита и прогнозирования его исходов, состоящая из следующих восьми показателей: 1) возраст (года): 80 и более – 2 балла; 70-79 – 1 балл; менее 70 лет – 0 баллов; 2) тяжелые сердечно-сосудистые заболевания: да – 3 балла; нет – 0 баллов; 3) частота дыхания в минуту: более 35 – 3 балла; 30-35 – 2 балла; 22-29 – 1 балл; менее 22 – 0 баллов; 4) уровень насыщения крови кислородом (SpO₂): <85% - 3 балла; 85-89 – 2 балла; 90-91 – 1 балл; 92-100 – 0 баллов; 5) злокачественные новообразования: да – 3 балла; нет – 0 баллов; 6) тяжелые хронические заболевания почек: да – 3 балла; нет – 0 баллов; 7) систолическое артериальное давление (мм. рт. ст.): менее 90 – 2 балла; 90-100 – 1 балл; более 100 – 0 баллов; 8) уровень сознания: не отвечает на стимулы – 3 балла; реагирует на боль – 2 балла; реагирует на голос – 1 балл; ясное сознание – 0 баллов. Летальность в общей группе составила 3,0 % для пациентов с суммой баллов от 0 до 3, 21,4% – для больных с 4-6 баллами, 43,7% – ? 7 баллов. У пациентов с результатом ? 9 баллов летальность достигла 52,7 %, ? 11 ? 74,5%, ? 13 летальность составила 85,7%. По данным проведенного исследования шкала тяжести PIPAS предоставляет дополнительные возможности для выявления пациентов с высоким риском летального исхода от абдоминального сепсиса. Кривая ROC показала, что наилучшей точкой для прогнозирования летальности была оценка PIPAS Severity Score = 3,5 с чувствительностью 73,9%, специфичностью 83,2%. Выводы. Разработанная в составе международной группы по изучению абдоминального сепсиса шкала PIPAS может использоваться для определения тяжести и прогнозирования исходов острого перитонита.

358. Влияние метода продленной веновенозной ультрагемофильтрации на показатели тромбоцитарного звена у пациентов с тяжелым острым панкреатитом

Шляхова М.А.(1), Марийко В.А.(2), Казаков М.С.(3)

Тула

- 1) ГУЗ ТГКБСМП им.Д.Я. Ваныкина,
- 2)ТОКБ,
- 3)ТулГУ

Острый панкреатит является острым воспалительным заболеванием и характеризуется многочисленными нарушениями локальной микроциркуляции. Одним из факторов риска является тромбоцитопения. Ультрагемофильтрация является неотъемлемым компонентом лечения больных с тяжелым острым панкреатитом. Ранее в исследованиях Mulder et al. было показано небольшое, но значимое снижение тромбоцитов при однократном прохождении через фильтр, но дальнейшее исследование числа тромбоцитов предпринято не было. Цель исследования: оценка влияния процедуры продленной веновенозной ультрагемофильтрации на показатели тромбоцитов у пациентов с тяжелым острым панкреатитом. Материалы и методы. Нами ретроспективно оценены клинические и лабораторные данные у 33 пациентов с тяжелым острым панкреатитом в 1А фазе заболевания. Тяжесть острого панкреатита оценивалась с помощью шкалы критериев первичной экспресс –оценки тяжести острого панкреатита (СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе–2006г). Диагноз острого панкреатита устанавливался согласно российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению острого панкреатита. Среди пациентов было мужчин -17, женщин - 16. Средний возраст 47,8 лет. Все пациенты были подвергнуты процедуре экстракорпоральной детоксикации - продленной веновенозной ультрагемофильтрации продолжительностью – от 8 до 24 и более часов. Использовали систему для ультрагемофильтрации Frisenius Prisma и фильтры Ultraflux emil2 для удаления средних молекул массой 40-30 КДа. Образцы крови для исследования количественных характеристик тромбоцитов забирались в день процедуры и на следующие сутки после процедуры. Тромбоцитопения и тяжелая тромбоцитопения определены соответственно как снижение абс олютного числа тромбоцитов ниже 100 и ниже 60 *10⁹ /л. Умеренное и резкое

снижение тромбоцитов после ЭКДС были определены как уменьшение на 20-49,9% и более чем на 50% от первоначального числа соответственно. Результаты: Максимальный балл по шкале критериев первичной экспресс –оценки тяжести острого панкреатита (СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе–2006г.) был у 17 пациентов и достигал 7 баллов. Общий уровень смертности в данной группе больных в первую неделю заболевания составил 36 %. Средняя продолжительность процедуры продленной веновенозной ультрагемофильтрации составила 18(8;36)часов, в среднем за время процедуры менялось 2 фильтра.Среднее количество тромбоцитов в крови после процедуры ультрагемофильтрации снижалось достоверно по сравнению с уровнем до процедуры у 98% пациентов (32 чел.). Средний объем клеток не менялся. Процент больных с умеренным снижением уровня тромбоцитов после процедуры составил 84% (19чел.), с значительным - 12%(9чел.) Исходное количество пациентов с тромбоцитопенией было 78% (26 чел) , тяжелой тромбоцитопенией 19%(5 человек). Достоверно смертность была выше среди пациентов с тяжелой тромбоцитопенией (P=0,0553). Длительность процедуры влияла на снижение количества тромбоцитов. При 8 часовой ультрагемофильтрации количество кровяных пластинок почти не менялось, при 24 часовой процедуре снижалось у всех пациентов. Снижение абсолютного количества тромбоцитов после процедуры веновенозной ультрагемофильтрации может быть вызвано коагулопатией потребления , механическим разрушением в фильтрах, адгезией к элементам фильтра и магистралям, гепарининдуцированной тромбоцитопенией. Таким образом ультрагемофильтрация в течении более 24 часов может являться фактором риска тромбоцитопении у пациентов с тяжелым острым панкреатитом, что в свою очередь значительно повышает смертность в 1А фазе заболевания.

359. Зависимость успешности формирования базовых эндохирургических навыков от исходного уровня интро/экстраверсии обучающегося

Яковенко И.Ю.(1), Клименко А.В.(1),
Перцов С.С.(1,2).

Москва

- (1) – ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Россия, Москва;
(2) – ФГБНУ «Научно-исследовательский институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина», Россия, Москва

В последние годы все больше внимания уделяется современным способам приобретения профессиональных компетенций выпускниками медицинских ВУЗов, а также способам их оценки. Тренировка эндохирургических навыков при подготовке врача-хирурга сегодня носит результативный характер. Сам процесс обучения и результаты, демонстрируемые выпускниками высшей медицинской школы на этапе итоговой аттестации, не всегда однородны. Учитывая что, подход к формированию базовых знаний и специфических навыков максимально стандартизирован, становится очевидно, что разница в уровне финальной подготовки определяется личностными особенностями человека. И если теоретические представления об изучаемых дисциплинах формируются годами, то с большинством практических навыков (по крайней мере, с их продвинутыми вариациями) обучающиеся вплотную сталкиваются на этапе постдипломного образования. В связи с этим, с целью определения зависимости успешности формирования базовых эндохирургических навыков от исходного уровня интро/экстраверсии обучающегося, нами было проведено исследование на 84 студентах мужского пола, обучающихся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова. Определяли исходный уровень интро/экстраверсии (на основании теста Айзенка). Испытуемые на протяжении 10 регулярных тренировок (n1, n 2, n 3...n10), по 20 минут каждая, выполняли стандартные упражнения по системе Базового симуляционного эндохирургического тренинга (БЭСТА) на коробочном тренажере T5 Large RM, производство фирмы 3-D Med (США). Регистрацию электромиограмм (ЭМГ) во время

тренировок производили поверхностным методом на аппарате BIOPAC MP 36 производство фирмы BIOPAC® Systems, Inc. (США). При выполнении упражнений ежедневно фиксировали общее время выполнения всех тестовых заданий и количество допущенных ошибок. По результатам исследования достоверно установлено, что экстраверты (n=56) во время первой тренировки в среднем выполняли все этапы тренинга быстрее на 68 сек. (10,09%; $p<0,001$), допуская на 4,81 ошибки (28,94%; $p<0,001$) меньше, чем интроверты (n=28). Однако к десятому дню тренировок межгрупповые различия нивелировались, и составили для временно?го параметра – 10 сек. (3,07%) и для ошибок – 0,07 (1,3%), что статистически было не значимо. Средняя прогрессия за 10 тренировок по времени в группе экстравертов равнялась 5,22%, по ошибкам – 7,53%. В группе интровертов эти параметры были несколько выше – 5,98% ($p<0,001$) и 8,54% ($p<0,01$) по времени и по ошибкам соответственно. По данным электромиографии достоверно установлено, что у всех испытуемых к десятому дню тренинга площадь волны кривой ЭМГ уменьшилась в 2,02 раза ($n1=81,14\text{мВ}2$, $n10=40\text{мВ}2,16$; $p<0,001$). Достоверных межгрупповых различий в дни тренировок и при сравнении среднего снижения площади волны кривой ЭМГ между группами экстравертов и интровертов обнаружено не было. Полученные данные дополняют существующее представление об учебно-тренировочном процессе врача-хирурга. Обнаружено уменьшение площади волны кривой, рассчитанной при регистрации ЭМГ в процессе тренировок, что может свидетельствовать об унификации движений и выработке двигательных стереотипов. Стартовые абсолютные тренировочные показатели указывают на более выраженную готовность экстравертов к эндохирургическим тренировкам, однако разница между группами с отличными психотипами (интро/экстраверсия) постепенно снижается к десятой тренировке. Интроверты, в отличие от экстравертов, в большей степени прогрессируют при сравнении изменения ежедневных абсолютных показателей по мере формирования двигательных стереотипов. Таким образом, интро/экстраверсия является важной индивидуально-типологической особенностью человека при эндохирургических тренировках. Определение исходного уровня интро/экстраверсии можно рекомендовать для включения в комплекс тренировок эндохирургических навыков при подготовке врачей-эндохирургов с целью оптимизации процесса обучения.

360. Уровень нейротизма как фактор, влияющий на формирование базовых мануальных эндохирургических навыков

Клименко А.В.(1), Яковенко И.Ю.(1),
Перцов С.С.(1,2), Скрипкина Д.В.(1).

Москва

- (1) – ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Россия, Москва;
(2) – ФГБНУ «Научно-исследовательский институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина», Россия, Москва

Эндохирургические методики лечения применяются в нашей стране уже более двух десятилетий. При определенных нозологиях малоинвазивные вмешательства давно являются прерогативой. Успех хирургического лечения обусловлен в том числе мастерством оперирующего хирурга. Качество профессиональных компетенций зависит от многих факторов. В настоящее время активно внедряются методы профессиональной ориентации молодых специалистов для повышения успешности обучения и профессиональной деятельности врача. Безусловно, необходимо учитывать исходные индивидуально-типологические особенности человека, особенно при подготовке врача-хирурга. Целью нашей работы явилось изучение зависимости формирования базовых мануальных эндохирургических навыков от исходного уровня нейротизма человека. Нами было проведено исследование на 87 студентах мужского пола, обучающихся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова. Лица, участвующие в эксперименте, были разделены на три группы в зависимости от исходного уровня нейротизма (на основании теста Г.Ю. Айзенка). В первую группу вошло $n_1=22$ человека (25,29%) с низким уровнем нейротизма, во вторую группу – $n_2=43$ человека (49,42%) со средним значением нейротизма (фон), в третью группу вошло $n_3=22$ человека (25,29%) с высоким уровнем нейротизма. Участники исследования за десять регулярных тренировок на коробочном тренажере T5 Large RM, производство фирмы 3-D Med (США) выполняли упражнения по системе Базового симуляционного эндохирургического тренинга (БЭСТА). При выполнении упражнений ежедневно фиксировали количество допущенных ошибок и время выполнения манипуляций. В процессе

тренировок регистрировали электромиограмму (ЭМГ) поверхностным методом на аппарате BIOPAC MP 36, производство фирмы BIOPAC® Systems, Inc. (США). По результатам исследования достоверно установлено, что индивиды с низким уровнем нейротизма (группа I) изначально выполняли поставленные задачи на 7,25% ($p<0,02$) медленнее, при этом совершая большее количество ошибок на 19,01% ($p<0,005$), чем люди с высоким уровнем нейротизма (группа III). Однако в процессе тренировок представители первой группы сокращали количество затрачиваемого времени на выполнение всех заданий в среднем на 26,33% ($p<0,05$), а количество допущенных ошибок – на 25% ($p<0,04$) быстрее, чем испытуемые из третьей группы. К десятой тренировке испытуемые с низким уровнем нейротизма выполняли поставленные задачи быстрее на 17,42% ($p<0,05$) чем представители третьей группы, допуская схожее количество ошибок ($n_1=3,7$, $n_3=3,66$; $p>0,05$). Средняя суммарная площадь ЭМГ для обеих рук за все время наблюдений у испытуемых 3-х выделенных групп практически не отличалась ($<2\%$). Достоверных межгрупповых различий в дни тренировок и при сравнении среднего снижения площади волны кривой ЭМГ между группами людей с различным уровнем нейротизма обнаружено не было. Полученные данные свидетельствуют о том, что результативность практической эндохирургической подготовки у людей с низким уровнем нейротизма выше, чем у людей с высоким уровнем нейротизма. Достижение высоких абсолютных показателей тренировочной деятельности (низкое затрачиваемое время, малое количество допущенных ошибок) обеспечивается низким уровнем нейротизма индивидуума. Таким образом, уровень нейротизма человека, является одним из факторов успешности формирования базовых мануальных эндохирургических навыков.

**361.Эндоскопическая тотальная
экстраперитонеальная аллопластика (е-ТЕР)
передней брюшной стенки: опыт одного центра**

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздрава России

Введение. Эндоскопические методики в лечении грыж передней брюшной стенки применяются с начала 1990-х гг. Продолжительное время многими хирургами предпочтение отдавалось методикам с интраперитонеальным расположением сетчатого протеза. Однако в последние годы появляется все больше сообщений о значительном количестве осложнений позднего послеоперационного периода при применении методики IPOM; среди них – выраженный спаечный процесс в брюшной полости, а также миграция сетчатых протезов в просвет полых органов. Это привело к необходимости разработки эндоскопических методик с экстраперитонеальным расположением сетчатых протезов. Ниже представлен собственный первый опыт применения эндоскопической тотальной экстраперитонеальной аллопластики передней брюшной стенки (е-ТЕР) при лечении грыж передней брюшной стенки. Материалы и методы. С марта 2018 года по декабрь 2018 года в Центре хирургии ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 30 эндоскопических экстраперитонеальных аллопластик передней брюшной стенки, из них 20 операций произведено по поводу пупочных грыж и грыж белой линии живота, 10 операций – по поводу послеоперационных вентральных грыж. В качестве алломатериала использовались некомпозитные сетчатые протезы. Размер протезов варьировал от 20х15 см до 30х30 см. Операция проводилась под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Вход в ретромускулярное пространство осуществлялся через разрез в левом подреберье с использованием оптического троакара. Рабочие троакары располагались в левом мезогастрii и в правом подреберье; при необходимости устанавливались дополнительные троакары под мечевидным отростком, в правом мезогастрii и над лоном. Производилась мобилизация ретромускулярного пространства справа и слева от уровня реберных дуг до подвздошных областей с

выделением грыжевого мешка. При необходимости методика дополнялась одно- или двухсторонней сепарацией компонентов передней брюшной стенки. После этого проводилось восстановление белой линии живота, ушивание задних листов влагалищ прямых мышц живота. Далее устанавливался сетчатый протез с его транснапневротической фиксацией в верхнем и нижнем крае. Результаты. Среднее время операции при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота составило 66 ± 17 мин, при послеоперационных 125 ± 16 мин. Интраоперационных осложнений не было. Вертикализация пациентов проводилась в первые часы после операции. Средний койко-день $2,5 \pm 0,7$ для пупочных грыж и грыж белой линии живота, $3,5 \pm 1,2$ для послеоперационных грыж. Сравнение выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде в зависимости от применяемой методики операции показало, что выраженность болевого синдрома при выполнении эндоскопической тотальной экстраперитонеальной аллопластики передней брюшной стенки меньше, чем при выполнении лапароскопической IPOM-пластики передней брюшной стенки. Летальность 0. Раневых осложнений 0. В послеоперационном периоде было зафиксировано 1 осложнение – на 5 сутки после оперативного лечения сформировалась ретромускулярная гематома – выполнена релапароскопия, эвакуация гематомы. Сером, потребовавших амбулаторного пункционного ведения, не было. Рецидивов нет. Выводы. Эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная аллопластика передней брюшной стенки эффективна и безопасна. Основными преимуществами данной методики является ранняя активизация пациентов, меньшая выраженность болевого синдрома в сравнении с другими методиками, сокращение продолжительности стационарного лечения, а также ее экономическая эффективность. Однако для полноценного анализа требуется накопление опыта и большее количество пролеченных пациентов.

**362. Стационарные замещающие методики
эффективного лечения средних и больших
венозных язв без выполнения аутодермопластики**

*Богомолов М.С. (1), Богомолова В.В. (2), Тарбаев
С.Д. (1)*

Санкт-Петербург

1. ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова.
2. Городская больница № 14

Актуальность. Лечение значительных по размерам глубоких изъязвлений покровных тканей дистальных отделов голени у пациентов с нарушением оттока венозной крови традиционно предполагает госпитализацию пациентов для оперативного закрытия деэпителизированной поверхности кожным лоскутом. В поисках альтернативного подхода мы проанализировали результативность совместного использования коллагенсодержащего биodeградируемого материала «Collost» и гидрофильных раневых покрытий («Hydrocoll», «Fibrocoll» или «Askina Hydro») поддерживающих необходимый для регенерации тканей уровень влажности. Методы. У 37 пациентов (м. – 20, ж. – 17; ср. возр. – 63,1 года) с неадекватным венозным оттоком, но без сопутствующей артериальной патологии, в дистальных отделах голени имелись участки раневой деструкции мягких тканей (раны после микротравм или трофические язвы), заживление которых с использованием рутинных методов было проблематично. Площадь изъязвлений – от 5,0 до 58,4 см² (ср. – 13,3 см²), длительность предшествующего безуспешного лечения – от 1 до 60 мес. (ср. – 14,8 мес.). Пациентам назначали компрессионную терапию (бинтование или трикотажные компрессионные изделия) и, после проведения в течение 7-4 дней курса лечения, направленного на подавление раневой инфекции, переходили к выполнению перевязок с использованием или только гидрофильных раневых покрытий (9 поверхностных дефектов, 11 – глубоких), или с одновременным заполнением раневого изъязвления коллагеновым имплантатом (17 глубоких дефектов). Размеры ран регулярно оценивались методом фотофиксации с последующей цифровой обработкой изображений. Результаты. Полная эпителизация достигнута у всех 37 пациентов. Средний срок заживления поверхностных ран (где применялись исключительно гидроколлоидные покрытия) – 1,4 месяца, скорость эпителизации в этой группе

(средняя) – 7,2 см² в месяц. Глубокие участки деструкции заживали медленнее: срок заживления (средний) – 3,9 мес. При использовании только гидроколлоидных покрытий средняя скорость эпителизации глубоких дефектов составила 4,1 см² в месяц; при их сочетании с материалом «Collost» величина этого показателя была на 24,2% выше – 5,1 см² в мес. В сроки до семи лет после заживления рецидивов на месте венозных язв, окончательное закрытие которых достигнуто благодаря применению коллагенсодержащих мембран «Коллост», не выявлено. Обсуждение. Выбор консервативного пути лечения данной категории пациентов с применением описанных методик позволяет достичь следующих преимуществ: 1) нет необходимости в госпитализации и проведении инвазивных вмешательств в условиях операционной (снижается стоимость лечения); 2) во второй и третьей фазах раневого процесса смена повязок выполняется раз в неделю; 3) улучшается качество жизни пациента, т.к. современные раневые покрытия обеспечивают существенное снижение травматичности перевязок и болевых ощущений в течение всего периода лечения. Применение биodeградируемых пластинок из нативного коллагена сокращает сроки лечения и способствует достижению хороших отдаленных результатов. Выводы и рекомендации. Использование, во второй и третьей фазах раневого процесса, гидроколлоидных повязок и коллагеновых биodeградируемых материалов существенно улучшает результаты лечения пациентов с трофическими язвами и может быть рекомендовано в качестве альтернативы хирургическому закрытию изъязвлений мягких тканей кожными лоскутами.

363. Пути повышения радикальности хирургического лечения рака головки поджелудочной железы.

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

Смоленск

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

Цель: Повысить радикальность проводимой панкреатодуоденальной резекции (ПДР) при протоковом раке поджелудочной железы (ПЖ) за счет выполнения операции по принципам no touch surgery и artery first. Материалы и методы: анализированы результаты 48 ПДР, выполненной по поводу протоковой аденокарциномы головки ПЖ в период с 2006 по 2018 гг. Первую группу составили 24 пациента (II стадия - 16, III стадия - 8), оперированных по принципам сосудистой изоляции опухоли при мобилизации панкреатодуоденального комплекса. Во вторую группу вошли так же 24 пациента (II стадия - 11, III стадия - 12, IV стадия - 1) оперированных по классической методике Whipple. С 2006 по 2010 гг. в первой группе пациенты оперированы по оригинальной методики сосудистой изоляции опухоли (n=17): операция начиналась с лимфодиссекции гепатодуоденальной связки и лигирования гастродуоденальной артерии у места отхождения от общей печеночной артерии, затем после выполнения приема Кохера мобилизовали на протяжении верхнебрыжеечную вену и артерию и выделяли нижнюю панкреатодуоденальную артерию и лигировали ее тотчас под горизонтальной порцией двенадцатиперстной кишки. После этого выполняли окончательную мобилизацию комплекса. Начиная с 2011 г. 7 последовательно пациентов оперированы по методике брыжеечного доступа А. Накао, при которой сосудистая изоляция начинается с перевязки нижней панкреатодуоденальной артерии, и после этого продолжается диссекцией гепатодуоденальной связки с перевязкой гастродуоденальной артерии. В основной группе выполнено 3 циркулярных резекции верхней брыжеечной вены с сосудистым анастомозом и 1 тангенциальная резекция. В контрольной группе 2

циркулярных резекции мезентерико-портального сегмента с сосудистым анастомозом, 1 резекция с протезированием PTFE кондуитом и 1 пластика верхней брыжеечной артерии. Результаты: общая частота послеоперационных осложнений 58,3% (n=28). Панкреатическая фистула – 14,8% (St. А – 5, St. В - 2), послеоперационное кровотечение – 8,3% (аррозивное – 2, желудочно-кишечное - 2), пневмония/плеврит – 4 (8,3%), гастростаз - 6,2% (n=3), билиарная фистула – 6,3% (n=3), абсцесс брюшной полости – 4,2% (n=2), раневая инфекция – 4,2% (n=2), другие – 6,2% (n=3). Частота осложнений в первой группе – 13 (54,1%), во второй группе 15 (62,5%). R0 – резекция в первой группе – 23, R1 – 1. Во второй группе R0 – 22, R1 – 2. Летальность – 4,2% (n=2, по одному случаю в каждой группе). Адъювантное лечение получили 33 пациента (первая группа – 17, вторая - 16). Медиана выживаемости составила в первой группе - 23,6 месяца, во второй – 19,8. Обсуждение: полученные непосредственные результаты сравнимы с результатами выполнения ПДР в обычной методике не соблюдая принципы no touch surgery и artery first. Отдаленные результаты имеют небольшую тенденцию увеличения продолжительности жизни. Выводы: применение метода сосудистой изоляции опухоли при ПДР по поводу протокового рака ПЖ не сопровождается увеличением количества осложнений и летальности, при этом повышается радикальность операции. Полученные результаты дают возможность повышения медианы выживаемости.

364. Проблема ранней диагностики опухолей панкреатобилиарной зоны под «маской» хронического панкреатита

Аргучинский И.В., Казаков А.В., Сероштанов В.В.,
Андреев П.В.

Барнаул

Краевая клиническая больница

В настоящее время ранняя диагностика опухолей головки поджелудочной железы и дистального отдела холедоха определяет объем операции и

прогноз заболевания. Наиболее сложны для диагностики мелкие локусы опухоли в дистальном отделе холедоха. В хирургическом отделении за период с 2010 по 2018 год прооперировано 114 пациентов с диагнозом – хронический панкреатит. Показаниями к операции явился болевой синдром, структурные изменения поджелудочной железы и осложнения хронического панкреатита. В 7 наблюдениях за период от 6 месяцев до 3 лет пациенты поступали повторно с клиникой злокачественной опухоли поджелудочной железы. Первоначально пациентам выполнялись следующие оперативные вмешательства: 1 - пилоросохраняющая ПДР, 2 - интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы по Гальперину, 1 - продольная панкреатоэнтеростомия, 3 - гепатикоеюноанастомоз. Всем больным проводилось интраоперационное гистологическое исследование. В течение первого года ЗНО диагностировано у 4 больных, в течение 2 лет – у 1 больного, в 2 случаях ЗНО диагностировано через 3 года. Отмечается, что 5 из 7 оперированных пациентов не имели предшествующего алкогольного анамнеза и перенесенного панкреонекроза. У пациента после перенесенного ППДР рак возник в культе поджелудочной железы через 3 года. Заключение: вопрос ранней диагностики опухолей панкреатобилиарной зоны подлежит дальнейшему изучению; опухоли дистальной части холедоха и головки поджелудочной железы на ранних стадиях сложны для диагностики, могут протекать под клиникой хронического панкреатита. Среди путей решения видим расширение объема оперативного лечения до онкологического при наличии увеличения и билиарной гипертензии у пациентов без предшествующего перенесенного панкреонекроза.

365. Возможности интервенционных технологий при механической желтухе доброкачественного генеза.

Мамошин А.В. (1,2,3), Альянов А.Л. (1,2),
Борсуков А.В. (3), Мурадян (1) В.Ф.,
Аболмасов А.В. (1)

Орел

- 1) БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»;
- 2) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»;
- 3) ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»;

Актуальность. Механическая желтуха остаётся актуальной проблемой современной хирургии. При этом среди причин механической желтухи первое место продолжает занимать холелитиаз (35-40%), обуславливая тем самым, ведущую роль доброкачественной этиологии данного синдрома. Второе и третье место занимают злокачественные заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Более редкими причинами являются склерозирующий холангит, воспалительные и посттравматические стриктуры внепечёчных желчных протоков (Данилов М.В, Фёдоров В.Д., 2003). Высокая частота синдрома механической желтухой, в сочетании с летальностью, достигающей в этой группе больных 20-60%, закономерно обуславливает актуальность данной проблемы (Затевахин И.И. и соавт., 2001; Yushidome H., et al., 2000). Материал и методы. В хирургическом отделении Орловской областной клинической больницы, под нашим наблюдением находилось 96 пациентов с механической желтухой доброкачественной этиологии. В данной группе больных, были выявлены следующие причины механической желтухи: холедохолитиаз у 72 (75%) больных; рубцовые стриктуры желчных протоков у 19 (19,8%) больных; ятрогенное повреждение общего желчного протока во время проведения лапароскопической холецистэктомии – у 5 пациентов (5,2%). Одной из главных целей и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у пациентов с механической желтухой является декомпрессия билиарной системы. Активное использование в клинической практике современных антеградных (интервенционных) и ретроградных (эндоскопических) миниинвазивных

вмешательств позволяет эффективно сочетать диагностические и лечебные мероприятия, направленные в первую очередь на достижение билиарной декомпрессии. Результаты. Всего выполнено 130 миниинвазивных вмешательств. Неэффективность или техническая невозможность выполнения ретроградного вмешательства при холангиолитиазе, а также наличие тяжёлой сопутствующей патологии, обуславливающей высокий риск открытого оперативного пособия, определяли выбор в пользу антеградной холангиолапаксии. Распределение выполненных миниинвазивных вмешательств у больных исследуемой группы было следующим: наружная холангиостомия – 69,2%; наружно-внутреннее дренирование протоков 6,9%; антеградная баллонная пластика – 11,5%; антеградная холангиолапаксия – 10,8%. При холангиолитиазе выполнялись: в 72 случаях (55,4%) наружная холангиостомия, в 4-х случаях (3%) произведено наружно-внутреннее дренирование, антеградная холангиолапаксия – в 14 (10,8%) случаях. У пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков были выполнены: в 13 случаях (10%) наружная холангиостомия, наружно-внутреннее дренирование в 5 (3,8%) случаях, антеградная баллонная пластика в 15 случаях (11,5%). При ятрогенном повреждении общего желчного протока в 5 случаях (3,8%) была выполнена наружная холангиостомия. Осложнения после проведённых миниинвазивных вмешательств возникли в 15 случаях, и были связаны у 9 пациентов (9,3%) с дислокацией холангиостомического дренажа; в 2 случаях (2%) с развившимся острым холециститом; в 2 случаях (2%) с острым панкреатитом; у 1 пациента - с гидротораксом (1%); у 1 пациента - с околопечёночной билемой (1%). Летальный исход возник у 6 больных (6,3%) и был обусловлен прогрессированием полиорганной недостаточности. Выводы. Интервенционные технологии при синдроме механической желтухи доброкачественного генеза являются современным и эффективным методом декомпрессии желчных протоков, представляющим альтернативу эндоскопическим вмешательствам. Применение антеградной холангиолапаксии, при неэффективности эндоскопического пособия, представляет собой вариант радикального лечения, позволяющего устранить не только механическую желтуху, но и её причину. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 18-15-00201).

366. Одноэтапные лапароскопические методы хирургического лечения больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом

Тотилов В.З., Тобоев Д.В., Тотилов З.В.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель исследования: изучить результаты одноэтапных лапароскопических методов хирургического лечения пациентов с неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом. Материал и методы В исследование включены результаты лечения 162 больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, которые находились на лечении в хирургических отделениях г. Владикавказа. Сроки наблюдения за больными составили от 1 года до 17 лет. Все пациенты поступили в плановом порядке без явлений механической желтухи и билиарной гипертензии. Из 162 пациентов 99 (61,1%) больным была произведена лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, фиброхолангиоскопия, холедохостомия по Керу. У других 63 (39,9%) больных лапароскопическая холедохолитотомия завершилась глухим швом холедоха и дренированием по Холстеду. Противопоказаниями к выполнению лапароскопии считали нарушения в работе сердечнососудистой и дыхательной систем в фазе развития. Удаление дренажей Кера производили на 21 сутки с момента операции. При дренировании по Холстеду удаление дренажей проводили в сроки от 7 до 10 суток. Нами произведена оценка осложнений, возникших как непосредственно во время оперативного лечения, так и развившихся в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Оценка отдаленных результатов основывалась на результатах анкетирования (опросного листа), УЗИ исследования и МР-холангиографии. Кроме того, повторные обращения оценивались по результатам проверки журналов госпитализации больных. К пациентам с осложнениями отнесены больные, у которых причиной их развития являлось непосредственно оперативное вмешательство. Результаты. Из 162 оперированных больных конверсия на лапаротомию осуществлена у 2 (1,2%)

в следствие интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков. У 2 (1,2%) пациентов был переход на минилапаротомию, когда лапароскопическая холедохолитотомия оказалась неэффективной ввиду множественного холедохолитиаза и сложностях лапароскопической литоэкстракции. После удаления дренажа Кера на 21 сутки у 3 (1,9%) больных отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость, что потребовало выполнения лапароскопии и дополнительного дренирования подпеченочного пространства. Через 8 месяцев у 1 (0,6%) пациента развилась частичная (неполная) ограниченная стриктура холедоха, что потребовало продольного рассечения протока на месте стриктуры с по-перечным ушиванием разреза из минидоступа. Необходимо отметить, что указанные осложнения в виде повреждения желчных протоков и развитие стриктуры отмечены только на этапе освоения методики лапароскопической холедохолитотомии. Заключение Одноэтапная лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией у больных неосложненным холедохолитиазом, в сочетании с хроническим калькулезным холециститом при наличии достаточного опыта является безопасным и эффективным методом разрешения холедохолитиаза, сопровождается низким числом интра- и послеоперационных осложнений и хорошими отдаленными результатами лечения.

367.Сложности и осложнения при миниинвазивном лечении дивертикула Ценкера

*Королёв М.П., М.В., Климов А.В., Федотов Л.Е.,
Бечвая Л.Д., Оглоблин А.Л., Синявская О.Л.,
Габдрахманова Л.А., Доняров Ш.Х.,
Тимбакова Л.Р.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Наша клиника занимается лечением больных дивертикулум пищевода более 30 лет. За данный период времени на лечении в клинике находилось 526 больных с дивертикулум пищевода. Из

пролеченных больных 202 имели дивертикул Ценкера. С 2008 года нами применяются малоинвазивные способы лечения дивертикула Ценкера. При выполнении миниинвазивного лечения дивертикула Ценкера в ряде случаев возникают технические сложности. При устранении дивертикулов Ценкера больших размеров, во время рассечения слизистой оболочки «мостика» с последующим рассечением нижней порции крикофарингеальной мышцы, края раны раскрываются широко, уходя за пределы двухлепестковой трубки, что приводит с существенным техническим трудностям, при дальнейшем клипировании дефекта. В таких случаях нами производится рассечение части мышечных волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы до раскрытия раны на расстояние 1-2 мм до краев двухлепестковой трубки. Затем на края дефекта накладываются 2 клипсы, которые препятствуют выходу краёв слизистой за пределы трубки во время дальнейшего досечения мышечных волокон крикофарингеальной мышцы. Интраоперационные кровотечения из рассеченных волокон крикофарингеальной мышцы наблюдалось нами у 19 больных. Во всех случаях был достигнут стойкий эндоскопический гемостаз. В раннем послеоперационном периоде у 6 больных мы отмечали наличие эмфиземы мягких тканей шеи и передней поверхности грудной клетки. Данным больным проводилась усиленная антибактериальная терапия и более длительное (до 8 суток) зондовое питание. При контрольном рентгеноскопическом исследовании затеков контраста не выявлено. Эмфизема исчезала к 4-5 суткам послеоперационного периода. У 16 больных нами отмечено наличие остаточной полости дивертикула по типу расширения в области глоточно-пищеводного перехода, при этом полностью отсутствует клинические проявления характерные для дивертикула пищевода. При рентгеноконтрастном исследовании, задержки контрастного вещества в остаточной полости нет. Однако у 12 больных имелась остаточная полость дивертикула с сохранением клинической симптоматики. Жалобы были умеренно выражены, и уровень дисфагии не превышал одного балла. При контрольном рентгеноскопическом исследовании, у этих больных отмечалась умеренная компрессия пищевода и задержка контраста в остаточной полости дивертикула. У данной группы больных наличие остаточной полости обусловлено неадекватным рассечением нижней порции крикофарингеальной мышцы. Данным больным

выполнялась запланированная повторная операция через 1 - 2 месяца. У 4 больных имелся затёк водорастворимого контрастного вещества при контрольном рентгеновском исследовании. У одной больной после операции отмечались выраженные боли в грудной клетке. На 9 сутки послеоперационного периода при рентгеноскопии выявлен затек водорастворимого контраста в переднее средостение. Через 42 дня после операции выявлен абсцесс переднего средостения, который был дренирован под УЗ-контролем. Больная выписана в удовлетворительном состоянии, при повторных рентгеноскопических исследованиях дивертикула Ценкера и затёков контрастного вещества не выявлено. У одного больного в раннем послеоперационном периоде появились боли в шее и спине, эмфизема мягких тканей шеи. Эмфизема быстро нарастала, больной был взят в операционную, выполнено дренирование клетчаточных пространств шеи и средостения. Интраоперационная картина соответствовала анаэробной инфекции. При контрольной рентгеноскопии с водорастворимым контрастом выявлен затёк контраста на 2 сантиметра ниже бифуркации трахеи. Больному выполнялись ежедневные перевязки. Длительное зондовое питание (52 дня). На контрольных рентгеноскопиях затёк уменьшался с последующим полным его закрытием. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Выводы: В настоящее время методика миниинвазивного лечения дивертикула Ценкера отработана, необходимо помнить о возможном развитии осложнений при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний пищевода.

368. Опыт экстренных лапароскопических вмешательств в ургентной городской больнице

*Фуныгин М.С.(1), Демин Д.Б.(1), Савин Д.В.(2),
Бородкин И.Н.(2), Адам Д.В.(2), Солодов Ю.Ю.(1)*

Оренбург

1) ОрГМУ

2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга

В современной хирургии на сегодняшний день большое внимание уделяется принципам fast track («быстрый путь») хирургии. Главным компонентом fast track surgery являются малоинвазивные хирургические вмешательства. Цель работы: Проанализировать результаты лапароскопических операций у пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в 2017-2018 гг. Нами рассмотрены: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, острый калькулезный холецистит, острый аппендицит и панкреонекроз. В 2017-2018 гг. выполнено 15 лапароскопических интракорпоральных аппендэктомий. Использовался стандартный набор инструментов, культя червеобразного отростка обрабатывалась наложением эндолигатуры. Брыжейка червеобразного отростка обрабатывалась монополярной коагуляцией. Суммарная длина послеоперационных ран составила 2,5 см. У всех прооперированных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. С первых суток пациенты вертикализировались и получали пищу в жидком виде. Все прооперированные больные выписаны на 6 сутки после операции. Стоит отметить, что ок. 40% всех аппендэктомий выполнены после диагностической лапароскопии, при выполнении которой в большинстве случаев удавалось фиксировать червеобразный отросток зажимом и подтянуть к проколу брюшной стенки и после небольшого расширения троакарного отверстия выполнить экстракорпоральную аппендэктомию, т.е. этим пациентам проведена лапароскопически-ассистированная аппендэктомия. Опыт выполнения лапароскопических холецистэктомий при хроническом холецистите позволил в настоящее время расширить показания и широко использовать лапароскопические вмешательства при остром холецистите. За 2 года в нашей клинике выполнено

22 оперативных вмешательства по поводу острого холецистита. Во всех случаях на операции выявлен острый флегмонозный холецистит, в 2 случаях воспаленный желчный пузырь был в рыхлом инфильтрате и сопровождался местным серозным перитонитом. Осложнений не было. Использование лапароскопической холецистэктомии позволяет уменьшить сроки госпитализации пациентов с данной патологией и снизить количество осложнений со стороны послеоперационной раны. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки наиболее соответствует принципам fast track хирургии, так как требует выполнения непродолжительного и относительно простого вмешательства. В нашей клинике в 2017-2018 гг. выполнено 7 таких операций. Все больные оперированы до 12 часов от момента перфорации, перфоративное отверстие было до 0,5 см в диаметре, а также перфоративное отверстие находилось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. Панкреонекроз является одной из актуальных проблем хирургии. В нашей клинике мы придерживаемся этапного хирургического подхода к лечению тяжелого острого панкреатита. При стерильном панкреонекрозе в 2017-2018 гг. выполнено 39 лапароскопических вмешательств, в 38 случаях объем операции – лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости, в 1 – лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости, холецистостомия. Показанием к лапароскопии была клиника перитонита, в том числе при наличии свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового исследования, а также в случае необходимости дифференцировки с другой острой хирургической патологией. Таким образом, применение лапароскопических вмешательств в экстренной хирургии является основным компонентом fast track surgery, позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов, путем уменьшения количества послеоперационных осложнений и сроков госпитального периода.

369.ЭВЛК вен нижних конечностей с применением АППК при лечении декомпенсированных форм варикозной болезни

Воробьев В.В., Бутыло И.И., Галеппо В.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

Первые сообщения об ЭВЛК – эндовазальной лазерной коагуляции (или EVLT – Endo Venous Laser Treatment) появились в 1998 году, в настоящее время данная методика является ведущей в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей. В клинике амбулаторно-поликлинической помощи в течение последних 3-х лет прошли обследование, наблюдались и получали лечение 15 пациентов с декомпенсированными формами варикозной болезни вен нижних конечностей (ХВН 4 степени с открытыми трофическими язвами голени площадью до 70 см²), которым во время подготовки к операции проводился курс активной переменной пневмокомпрессии (АППК). Контрольная группа составила 15 пациентов, без курса АППК в предоперационном периоде. АППК, выполнялась на оборудовании Covidien Kendall SCD 700 Series, пациенты получили по 10 процедур длительностью 45 минут с последующим использованием эластического компрессионного трикотажа 2 класса компрессии. Контроль лимфопатической недостаточности осуществлялся при помощи УЗИ и измерением диаметра конечности в области лодыжки. Также оценивалась динамика уменьшения площади трофической язвы. В основной и контрольной группах соответственно у 10 пациентов было выполнена ЭВЛК ствола БПВ с абляцией несостоятельных перфорантных вен Коккета под контролем УЗДГ; у 5 пациентов только ЭВЛК несостоятельных перфорантных вен Коккета. Распределение по возрасту и полу в основной и контрольной группах было практически идентичным. После операций полная эпителизация трофических язв достигнута у всех пациентов. Контрольные осмотры выполнялись через 1 и 6 месяцев, а также через 1 год после оперативного лечения. Результаты. В основной группе после проведения АППК наблюдали полное купирование отеков голени в 33,3% случаев – в контрольной только в 10 %. До операции трофические язвы зажили у 5 пациентов из первой группы и у 1 из контрольной. В послеоперационном периоде в

первой группе трофические язвы зажили у всех пациентов в течение $25 \pm 2,7$ суток, а в контрольной – $37 \pm 3,4$ суток. Различия между I и контрольной группами больных были достоверны ($p < 0,05$). Осложнения в виде лимфореи из послеоперационных ран на голени наблюдались у трех пациентов контрольной группы. Выводы. Применение АППК у пациентов с декомпенсированными формами варикозной болезни в комплексной подготовке к оперативному лечению значительно ускоряет сроки реабилитации и существенно снижает количество послеоперационных осложнений. Нам представляется необходимым дальнейшее изучение этой проблемы с разработкой детализации показаний и выбора индивидуального объема предоперационной подготовки и хирургических вмешательств.

370. Малоинвазивная методика лечения несостоятельности культи бронха и ликвидации бронхиальных свищей после пневмонэктомии

*Лишенко В. В. (1), Зайцев Д. А. (1,2),
Попов В. И. (1), Мовчан К. Н. (2),
Слободкина А. С. (2)*

Санкт-Петербург

1) ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никитова МЧС России
2) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова»

Несостоятельность культи бронха (НКБ) и бронхиальные свищи (БС) – достаточно частое осложнение после пневмонэктомии. Оно встречается в 10 – 12 % случаев при традиционной обработке по Суиту и применении сшивающих аппаратов и в 1 – 3 % при использовании обработки КБ по Оверхолту в нашей модификации, герметизации клипсами (Лишенко В. В., 2006; 2009) и укрытии КБ лоскутом перикардиального жира на сосудистой «ножке». Традиционное лечение при возникшей НКБ включает дренирование плевральной полости (ПП), ее санации для предотвращения развития эмпиемы плевры, а затем, сложную, травматичную и небезопасную

операцию – торакотомию (стернотомию), реампутацию культи бронха и, желательное, укрепление КБ мощным мышечным лоскутом. Частота рецидивов НКБ при такой операции достигает – 20 %. Мы разработали и применяем следующие методики лечения НКБ и ликвидации БС. Поскольку основным механизмом, при котором НКБ трансформируется в БС является градиент давления между КБ и ПП в различные фазы дыхания и кашля, основным средством лечения НКБ на ранних этапах – «микронесостоятельности» – является ликвидация этого фактора. Мы разработали и применили в клинической практике специальное клапанное устройство и систему дренажей, которые нивелируют градиент давления, направленный из КБ в ПП в разные фазы дыхания и кашля. Это обеспечивает «покой» для КБ, что способствует срастанию стенок КБ. При развитии БС с дефектом КБ до 5 мм, мы предпочитаем лечебную программу в которой равноценны два направления: 1) санация «постпневмонэктомической» полости 2) уменьшение до точечного и полная ликвидация бронхиального свища за счет подслизистого введения объемообразующих препаратов в зоне БС. Санация ПП осуществляется через дренаж – полное опорожнение полости, ликвидация фибринозно-кровяных наложений на стенках ПП, недопущение гнойного и купирование воспалительного процесса. Это достигается, как правило, применением протеолитических ферментов (терилитин, терридеказ), т.о. с помощью торакоскопии или выполнением торакостомии (формирование т.н. управляемой торакостомы, открывающейся для санации и закрывающейся при кашле). Закрытие БС предполагает выполнение нескольких фибробронхоскопий (от 6 до 20), при которых проводятся инъекции препаратов в подслизистый слой бронха: вначале – маслянистые растворы для формирования инфильтративной «подушки», а затем – объемообразующие препараты на основе силикона (аргиформ, ДАМ+ и т.п.) для постепенного сближения стенок БС. Мы имеем опыт лечения 18 больных: 6 - с НКБ точечного характера, 3 – с микронесостоятельностью КБ и 9 – со сформировавшимся БС диаметром от 2 до 5 мм. Описанные лечебные мероприятия позволили добиться стойкого рубцевания и эпителизации КБ у 17 больных, одному потребовалось оперативное лечение – реампутация КБ с торакотомией.

371. Стратегия «открытого живота» в лечении распространенного гнойного перитонита и абдоминального сепсиса

Щеголев А.А. (1,2), Товмасын Р.С. (1,2),
Чевокин А.Ю. (2,1), Варнавин О.А. (2)

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2. ГКБ
им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москва

Актуальность работы Стратегия «открытого живота» (ОЖ) при абдоминальном сепсисе успешно решает ряд важнейших задач: адекватное дренирование остаточной инфекции, очень эффективный контроль любого источника перитонита, интенсивную эвакуацию инфицированного и богатого цитокинами выпота из брюшной полости, предотвращение синдрома интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) и позволяет отсрочить окончательное вмешательство и анастомоз до тех пор, пока пациент будет патогенетически компенсирован и гемодинамически стабилен. Однако, ОЖ имеет также ряд существенных недостатков, в том числе, способных непосредственно усугублять проявления полиорганной недостаточности (ПОН): данная методика нередко требует повторных обширных вмешательств в условиях операционной и может приводить к серьезным осложнениям, включая кишечные свищи, потерю части брюшной стенки и большие вентральные грыжи. Поэтому наиболее перспективными направлением совершенствования стратегии ОЖ является поиск тех модификаций, которые не требуют обязательных обширных кратных вмешательств в брюшной полости и позволяют в ранние сроки и эффективно закрыть брюшную полость, тем самым минимизируя опасность возникновения свищей и послеоперационных вентральных грыж. Таковыми являются методики управления ОЖ с отрицательным давлением и ранним фасциальным закрытием брюшной полости. Материалы и методы В настоящее время мы располагаем данными о 17 больных с перитонитом и абдоминальным сепсисом, которым в рамках хирургической стратегии ОЖ были выполнены различные модификации вакуум-ассистированных лапаротом (ВАЛС). Все больные были рандомизированы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, тяжести перитонита на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП) и выраженности ПОН (при

поступлении) по SOFA. Из них 6 больным удалось применить аппроксимационную систему собственной разработки в комбинации с ВАЛС. Концептуально это была комбинированная система, идентичная АВРА-системе (abdominal re-approximation anchor system) совместно с Barker's vacuum pack. Остальным 11 больным применялась ВАЛС по типу ABThera (KCI, Kinetic Concepts Inc.). Хронологически за последний год, по мере накопления опыта, применялась, почти исключительно, аппроксимационная система. Результаты Проанализированы первые результаты применения различных систем. В группе больных с KCI системой умерли 5 больных (летальность 45,5%), у 2 больных исходом ОЖ стало формирование «замороженного» живота с последующей эпителизацией, у 4 больных удалось выполнить лишь кожное закрытие лапаротомной раны с формированием больших послеоперационных вентральных грыж. Кишечные свищи отмечены у 2 больных (18,1%). В обоих случаях свищи ликвидированы методом вакуумной терапии с изоляцией зоны дефекта кишки конструкцией собственной разработки. Среднее количество релапаротомий в операционной в этой группе составило $4,7 \pm 0,9$. В группе больных с аппроксимационными системами умер 1 больной (летальность 16,7%). Во всех остальных случаях в группе удалось достичь полного фасциального закрытия живота. В раннем послеоперационном периоде по данным МСКТ небольшой дефект мышечно-апоневротического слоя в лапаротомной ране отмечен лишь в 1 случае. Отдаленными результатами обследования больных в этой группе мы пока не располагаем. Случаев осложнения кишечными свищами не отмечено. Среднее количество релапаротомий в этой группе составило $2,3 \pm 0,4$. Достоверная разница результатов между группами по критерию Вилкоксона-Уитни-Мана для малых совокупностей отмечена по частоте формирования кишечных свищей, среднему количеству релапаротомий в операционной и летальности. Обсуждение Таким образом, анализ первых результатов собственных исследований подтвердил преимущество той стратегии ОЖ, которая основана на использовании вакуумных систем с динамической аппроксимацией мышечно-апоневротических краев в лапаротомной ране, направленной на раннее фасциальное закрытие живота и уменьшение объема и кратности повторных вмешательств. Выводы и рекомендации Подобный подход полностью коррелирует с данными мировой литературы и позволяет с оптимизмом рассматривать данную стратегию в

качестве наиболее сбалансированной и патогенетически обоснованной при лечении больных с тяжелыми формами абдоминального сепсиса. Также необходимо отметить, что в настоящее время наши выводы основаны на анализе лишь небольшого количества наблюдений и данная проблема, бесспорно, требует дальнейшего изучения.

372. Использование лапароскопических методов при хирургическом лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в многопрофильном стационаре

Калиниченко А.А. (1,2), Мураховский А.Г. (1), Деговцов Е.Н. (1,2)

Омск

- 1) БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1»
- 2) Омский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительного тракта, что нашло отражение в постулате «XX век — век язвенной болезни, а XXI век — это век ГЭРБ», выдвинутом на VI Объединенной гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997). По данным эпидемиологических исследований, распространенность ГЭРБ у взрослого населения стран Западной Европы и Северной Америки достигает 10–20%, в России — 23,6%. Использование лапароскопических методов хирургического лечения пациентов с ГЭРБ требует дальнейшего изучения результатов лечения пациентов с этой патологией органов брюшной полости. Цель. Изучить результаты хирургического лечения пациентов с ГЭРБ. **Материалы и методы.** На протяжении последних 4 лет прооперирован 61 пациент с ГЭРБ. Из них мужчин 34 (55,7%), женщин — 27 (44,3%). В возрасте от 28 до 75 лет. Время заболевания варьировалось от 1,5 до 13 лет. Всем пациентам для диагностики заболевания выполнялись традиционные методы обследования,

такие как эндоскопия, рентгенография желудка, МРТ или КТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием. Ожирением страдал 41 (67,2%) пациент. Были выполнены следующие виды операций: лапароскопическая фундопликация по Ниссену — 50, по Тупе — 11. Послеоперационный период предполагал раннюю активизацию, отсутствие медикаментозных назначений. Максимальный срок послеоперационного наблюдения составил 4 года. **Результаты.** Летальных случаев в данной группе пациентов не наблюдали. Длительность операций составила от 25 до 151 минуты. При сочетании ГПОД с другой абдоминальной хирургической патологией, основной этап дополнялся симультанным вмешательством. Интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде отмечено 5 осложнений (8,1%): одно наблюдение — это медиастенит у пациента с хроническим легочным туберкулезом; одному пациенту выполнена релапароскопия на 4 сутки со снятием одного шва с ножек диафрагмы, дренирование средостения трубкой; в 3 случаях пластики по Тупе выявлена стойкая дисфагия. При изучении отдаленных результатов (на основе опросника) в 6, 12 месяцев, 3 года — хорошие результаты наблюдались у 93,6%, удовлетворительные у 4,9%, неудовлетворительные у 1,5%. **Заключение.** Таким образом: — при подозрении на ГЭРБ необходимо тщательно подходить к обследованию больных с жалобами на стойкую изжогу и дисфагию; данные оценивать на основе комплексного клинко-инструментального подхода; — лапароскопические методы хирургического лечения пациентов с ГЭРБ имеют ряд неоспоримых преимуществ: отличный косметический эффект, ранняя активизация, более высокий уровень операций за счет лучшей визуализации и прецизионности оперативной техники, возможность выполнения симультанных операций, низкого уровня послеоперационных осложнений. Все это способствует улучшению результатов хирургического лечения; — при правильном подходе к предоперационной подготовке пациентов, лапароскопические методы хирургического лечения ГЭРБ практически не имеют дополнительных противопоказаний.

**373.Право и этика в хирургии как регуляторы
лечебного взаимодействия***Федоров В.Э., Осинцев Е.Ю., Курочкина Е.Н.*

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Основой межличностного взаимодействия в профессиональной медицинской сфере является построение эффективной коммуникации с учетом современных этических и правовых норм. Особенно сложной и зачастую проблематичной является реализация этих принципов в хирургической клинике, где практически у каждого пациента ситуация болезни, требующая экстренного или планового оперативного вмешательства, провоцирует зачастую развитие комплекса различных социально-психологических реакций: неадекватная степень осознания болезни, отличающиеся от гармоничного типа психологические реакции на заболевание, возможное формирование негативной психологической установки на лечение, развитие пред- и послеоперационного стресса, реакции «принятия и непринятия себя» после операции. Все перечисленное напрямую влияет на эффективность построения коммуникации «врач-пациент» и неотъемлемо связано с этическими принципами и правовым регулированием оказания медицинской помощи. В Российской Федерации ранее в медицинском сообществе этическими руководствами врачевания были следующие этические документы: «Этический кодекс российского врача» (утвержден 4-й Конференцией ассоциации врачей России, Москва, ноябрь 1994г.), «Кодекс врачебной этики РФ» (Одобен Всероссийским Пироговским съездом врачей) 1997 г., Женевская декларация (профессиональная клятва врача, принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948). В 2012 году был утвержден "Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации" (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012), который суммировал основные положения вышеизложенных документов и стал современным этическим и деонтологическим ориентиром оказания медицинской, в том числе и хирургической помощи. В статье первой данного документа во главу ставятся основное предназначение медицины как

наиболее гуманного направления деятельности: «Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются незыблемыми даже после смерти человека». Таким образом подчеркивается тесная взаимосвязь деонтологического, этического, социального, психологического компонентов лечебного взаимодействия. Правовые основы оказания медицинской, в том числе хирургической помощи закреплены в законодательстве Российской Федерации в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция с рядом последующих изменений, последнее 27 декабря 2018 года). Статья 6. «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи» закрепляет юридически использование моральных, этических и деонтологических норм в построении лечебного взаимодействия: «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем...соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации». Этико-правовое регулирование медицинского взаимодействия также нашло отражение в таких важнейших статьях, как статья 13 «Соблюдение врачебной тайны», статье 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства», статье 22 «Информация о состоянии здоровья». Реализация этико-правовых норм в повседневной клинической практике неразрывно связана с искусством применения индивидуального личностно-ориентированного подхода в работе с пациентом.

374. Первый опыт лечения больных тяжелой сочетанной травмой с переломами грудины

Меньшиков А.А. (1,2), Цеймах Е.А. (1,2),
Бондаренко А.В. (1,2), Тимошников А.А. (1)

Барнаул

- 1) КГБУЗ ККБСМП,
- 2) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Повреждения органов грудной клетки традиционно являются одной из самых тяжелых форм травмы и лидирующей причиной осложнений и летальных исходов. Переломы грудины встречаются в 5-8% случаях при тупой травме грудной клетки. Основная причина перелома грудины это дорожно-транспортные происшествия (в 3% случаев всех аварий), когда грудная клетка водителя или пассажира ударяется об рулевую колонку или панель автомобиля. Чаще всего переломы возникают на уровне угла грудины и тела грудины. При переломах грудины летальность может достигать 25-45% случаев, это связано с высоким риском повреждения миокарда или легких. Традиционное ведение при переломах грудины заключается в консервативном лечении – постельный режим до 3х недель с валиком реклинатором в межлопаточной области с целью репозиции костных отломков. Однако результаты такого подхода нельзя признать удовлетворительными, особенно у пациентов с политравмой, в связи с высоким риском развития осложнений. Цель: повышение эффективности комплексного лечения больных с переломом грудины, на фоне тяжелой сочетанной травмы, путем восстановления анатомической целостности грудины пластиной с угловой стабильностью и ликвидации патологической подвижности костных отломков. Материалы и методы: Обследовано и пролечено 5 больных с переломами грудины на фоне ТСТГ, у которых при поступлении был выраженный болевой синдром, смещение отломков, патологическая подвижность, у 2х больных на фоне тяжелой травмы грудной клетки отмечалась дыхательная недостаточность с участком флотации грудной стенки, осложнённая двусторонним гемопневмотораксом. В одном из этих случаев диастаз между отломками грудины составил 2см с повреждением в этой области обеих плевральных полостей и обширной межмышечной и подкожной эмфиземой передней грудной стенки. Пациентам для уточнения локализации и характера

переломов наряду с рентгенографией органов грудной клетки использовали МСКТ. Пациентам в первые сутки после поступления была выполнена открытая репозиция и остеосинтез грудины специальной Z-образной пластиной для грудины с угловой стабильностью. Результаты: У всех пациентов после остеосинтеза грудины купировались признаки патологической подвижности. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение болевого синдрома при движениях тела и акте дыхания. Гнойно-септических осложнений и летальных исходов не было. В одном случае остеосинтез грудины на фоне тяжелой травмы грудной клетки способствовал переводу больного на спонтанное дыхание. В отдаленные сроки (3 месяца) осложнений не выявлено. После сращения грудины выполнено удаление пластин у двух пациентов в плановом порядке по относительным показаниям. Осложнений не отмечалось. Заключение: Раннее восстановление перелома грудины со смещением отломков с помощью остеосинтеза Z-образной пластиной для грудины с угловой стабильностью у больных с травмой грудной клетки на фоне тяжелой сочетанной травмы позволяет уменьшить болевой синдром, улучшает экскурсию легких и позволяет активизировать больного в ранний период травматической болезни, что приводит к более эффективному комплексному лечению больных тяжелой сочетанной травмой.

375. Применение видеоторакоскопии при травме сердца

Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Ручейкин Н.Ю., Цеймах М.Е., Каркавин В.М., Дорохина С.А., Аверкина А.А., Устинов Д.Н.

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
- 2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Случаи ранений сердца в настоящее время представляют собой значительную проблему в плане диагностической и хирургической тактик при поступлении пациентов в ургентный стационар. Согласно литературным данным ранения сердца отмечаются у 6-19,5% пострадавших с проникающими ранениями груди. Процент диагностических ошибок всё еще высок - 27-61%. Летальность при этом виде повреждений не имеет тенденции к заметному снижению и колеблется от 12 до 40%. Материалы и методы. Была проведена статистическая обработка данных о 268 пострадавших в результате ранения сердца (34 пациента – женщины, 234 – мужчины в возрастной промежуток от 18 до 69 лет), которые были оперированы в клинике в течение последних 26 лет (1990-2016 гг.). Большинство пациентов (205) были доставлены в ургентный стационар в ближайшие 5-40 минут с момента травмы. Для диагностики характера полученных повреждений пациентам были проведены следующие виды обследований: электрокардиография, эхокардиография, рентгенография, компьютерная томография, видеоторакоскопия. Результаты. Критериями диагностики служили клинические признаки и данные дополнительных методов обследования. Базисными клиническими критериями выступали следующие диагностические признаки: внутрисердечное или наружное кровотечение – 210 пациентов (78,4±2,51%), приглушенные тоны сердца – 186 (69,4±2,82%), тампонада сердечной сорочки – 42 (15,7±2,22%), расширенные границы сердечной тупости – 33 (12,2±2,0%), при этом пульс нормальной частоты отмечался у 28 больных (10,5±1,87%), учащенный – у 187 (69,8±2,81%), уреженный – у 32 (11,9±1,98%) и отсутствовал у 21 больного (7,8±1,64%); показатель систолического артериального давления располагался в пределах

нормы у 65 больных (24,3±2,62%), 90-70 мм рт.ст. – у 75 (28,0±2,74%), ниже 70 мм рт.ст. – у 91 пациента (34,0±2,8%), не определялось – у 37 (13,7±2,10%). Критерии предполагаемого ранения сердца были разделены нами на две категории: достоверные и вероятные. Достоверные признаки: видимое ранение грудной клетки с массивным наружным или внутренним кровотечением (частота встречаемости – 210 случаев (78,4±2,51%); выраженное снижение артериального давления; синдром тампонады перикарда (42 случая (15,7±2,22%)); признаки повреждения сердца по результатам электрокардиограммы (у 186 пациентов – проникающая травма сердца (92,1±1,90%), у 29 – непроникающая (43,9±6,11%), признаки гемоперикарда по результатам рентгенографии (164 больных - с проникающей травмой сердца (81,2±2,75%), 22 – с непроникающей (33,3±5,80%), признаки гемоперикарда по результатам эхокардиографии. Вероятные признаки: видимая рана в анатомической проекции сердца в сочетании с низким артериальным давлением и глухими тонами сердца, но без выраженного кровотечения и признаков тампонады сердечной сорочки; синусовая тахикардия по результатам электрокардиографии; ослабление пульсации сердечной тени по данным рентгенографии; отсутствие признаков гемоперикарда на эхокардиограмме. Опыт диагностики и лечения ранений сердца показывает, что при отсутствии у пациентов достоверных клинических признаков ранения сердца и наличии вероятных, необходимо выполнять видеоторакоскопию с целью уточнения диагноза и характера повреждений. В случае невозможности выполнения данного диагностического метода, нужно прибегнуть к торакотомии с ревизией раневого канала и сердечной сорочки. В случае промедления могут наступить такие осложнения, как профузное наружное или внутрисердечное кровотечение (5 клинических случаев), гемотампонада перикарда (6 случаев), на фоне которых операция может быть уже невыполнима. Выводы. Ранения сердца трудно диагностировать даже с учетом современных методов диагностики. Видеоторакоскопия позволяла избежать ошибок, связанных с объективными трудностями диагностики, когда повреждение сердца выявлялось несвоевременно, а необходимая операция задерживалась. Оперативная видеоторакоскопия является малотравматичным и эффективным методом диагностики повреждений сердца, а также

является перспективным направлением в совершенствовании диагностики ранений сердца.

376.Лапароскопическая спленэктомия в комплексном лечении гемолитических анемий

*Краснолуцкий Н.А., Литвиненко А.А.,
Стебенев А.Н., Поляков В.Ю., Губанов В.А.,
Кузнецов П.В., Жиряков Н.П.*

Липецк

ГУЗ ЛГБ №3 "Свободный сокол"

Гемолитическая анемия - групповое название достаточно редко встречающихся заболеваний, общим признаком которых является усиленное разрушение эритроцитов, обуславливающее, с одной стороны, анемию и повышенное образование продуктов распада эритроцитов, с другой стороны- реактивно усиленный эритропоэз. На базе нашей больницы имеется гематологическое отделение, где лечатся пациенты с данной патологией. В комплексном лечении данным пациентам показана спленэктомия. В 2013 г. мы начали выполнять лапароскопическое спленэктомии. Всего оперировано 7 пациентов, мужчина - 1, женщин - 6. Возраст от 19, до 36 лет. У 3 пациентов была сопутствующая патология - хронический калькулезный холецистит. Предоперационная подготовка проводилась в условиях гематологического отделения. Среднее время операции составило около 2-х часов. Конверсия выполнена в 1 случае из-за спленомегалии. При наличии хронического калькулезного холецистита выполнялась симультанная операция. Мобилизацию селезенки выполняли биполярным коагулятором, или ультразвуковым диссектором, селезеночные сосуды клипировали, или пересекали сшивающим аппаратом. Селезенку извлекали через минилапаротомию в левом подреберье. В обязательном порядке дренируем брюшную полость. Пребывание в хирургическом отделении составило 4-5 дней, при лапароскопической операции, 8 дней в случае конверсии. Осложнение отмечено в 1 случае, внутрибрюшное кровотечение

из культи короткой артерии. Летальных исходов не было. Все пациенты осмотрены перед выпиской гематологом, у всех положительная динамика - нормализация гемоглобина, ликвидация гемолиза, снижение билирубина до показателей нормы. Таким образом, лапароскопическая спленэктомия, является безопасным и эффективным методом лечения больных с гемолитическими анемиями, имея все преимущества малоинвазивных вмешательств.

377.Опыт лечения сером у пациентов перенесших лапароскопическое грыжесечение по поводу послеоперационных вентральных грыж.

*Тимербулатов М.В. (1,2), Сендерович Е.И. (1,2),
Зиганшин Т.М. (1), Сибагатов Р.М. (1,2),
Визгалова А.Е. (1,2)*

Уфа

Башкирский Государственный Медицинский
Университет

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж является одной из наиболее часто встречающихся проблем в абдоминальной хирургии. Лапароскопическое грыжесечение с использованием синтетических материалов стало золотым стандартом в лечении послеоперационных вентральных грыж. Частота рецидивов с использованием лапароскопической пластики составляет 4,6%, по сравнению с традиционными открытыми способами, частота рецидивов для которых составляет 16,6%. Также установлено, что при лапароскопической пластике вентральных грыж наблюдается меньшее количество послеоперационных раневых осложнений, общих осложнений и более короткая продолжительность пребывания пациентов в стационаре. Кроме того, не малое количество литературы на сегодняшний день подтверждает безопасность этой методики среди молодых, пожилых людей и пациентов с ожирением. При лапароскопической технике грыжесечения вентральных грыж имеет место быть остаточная полость – пространство между сетчатым протезом и кожей, которая может заполниться

жидкостью. Проведенные исследования показывают, что серомы данной области образуются до 100%. Однако случаи образования сером под синтетическим материалом очень редки. Цель: оценить наши клинические результаты аспирации двух сером, расположенных позади эндопротеза после лапароскопического грыжесечения, по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Материалы и методы: Нами представляется опыт аспирации глубоких сером у 2 пациентов перенесших лапароскопическую операцию по поводу послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) за период с 2016 по 2018 г, находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы. У пациента перенесшего оперативное лечение по поводу ПОВГ, было выполнено КТ передней брюшной стенки, на которой определялось скопление жидкости размером около 20х10 см позади сетчатого протеза. Без УЗИ контроля серома была чрескожно аспирирована – получено около 250 мл жидкости соломенного цвета, взята на бактериологический посев. Через 20 дней после выписки пациент повторно обратился с подобной жалобой. Серома снова была аспирирована, на этот раз под ультразвуковым контролем, и жидкость была отправлена на культивирование. Результаты лабораторных исследований определили метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA). Больным назначили антибиотикотерапию. После 5 дней терапии пациенту снова потребовалась аспирация серомы, после которой MRSA был также положительным. Пациент был проинформирован о том, что ему потребуются повторное оперативное лечение по поводу удаления эндопротеза. Во время оперативного вмешательства было аспирировано около 350 мл жидкости коричневатого цвета, со специфическим запахом. Сетка была удалена, а полость серомы тщательно промыта. Задняя стенка полости серомы состояла из толстой грануляционной ткани. В полости серомы был установлен дренаж, который был удален через две недели после операции. У данного пациента осложнений больше не наблюдалось. Результаты: Чрескожное дренирование поверхностных сером является обычной практикой в нашей клинике. Однако при дренировании глубоких сером, в двух случаях развилась раневая инфекция, что субъективно отражает высокую частоту осложнений по сравнению с дренированием сером остаточной полости. Хотя эти инфекционные осложнения и могли быть вызваны техническими факторами, мы хотим поделиться нашим опытом, чтобы поднять

вопрос о том, могут ли эти глубокие серомы указывать на развитие раневой инфекции или же осложнения могут иметь другую природу возникновения, как например от рутинного использования дренажей. Выводы: Хотя у большинства пациентов после лапароскопического грыжесечения ПОВГ развивается неосложненная серома перед сеткой, образование серомы позади сетчатого протеза встречается относительно редко. Исходя из нашего опыта, мы предполагаем, что пациенты, у которых развилась серома под эндопротезом, должны быть более тщательно клинически обследованы, так как последствия инфицирования сетчатого эндопротеза приводит к более серьезным осложнениям и требуют повторного оперативного вмешательства.

378. СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЧКАХ

*Перлин Д.В.(1,2), Дымков И.Н.(1,2),
Александров И.В.(1,2), Гадаборшев Д.М.(2)*

Волгоград

1. ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии ФУВ, г. Волгоград
2. ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский

По многочисленным литературным данным сочетанные хирургические заболевания обнаруживаются у 20% пациентов. Симульные операции позволяют избавить больного от нескольких заболеваний одновременно. Лапароскопия позволяет выполнять симульные операции в разных анатомических областях брюшной полости, не прибегая к дополнительным большим разрезам, а обходясь иногда установкой дополнительных рабочих портов. В 2011- 2018 году нами было выполнено 36 симульных операций. Ведущей причиной выполнения, оперативного вмешательства были заболевания органов забрюшинного пространства, требующие нефрэктомии или резекции почки, из них 17 лапароскопической и 19 ретроперитонеоскопи-

ческой методикой. Вторым этапом выполнялась холецистэктомия. В группе трансперитонеального доступа, возраст больных составил 53 ± 3 года, ИМТ 28 ± 2 , сроки госпитализации 8 ± 2 дня, время операции 176 ± 10 мин., кровопотеря 100 ± 15 мл, применение наркотических анальгетиков и продолжительность перидуральной анестезии 1 ± 1 и 2 ± 1 дня соответственно. В группе ретроперитонеального доступа, возраст больных составил 54 ± 2 лет, ИМТ 31 ± 2 , сроки госпитализации 8 ± 3 дня, время операции 186 ± 12 мин., кровопотеря 115 ± 10 мл, применение наркотических анальгетиков и продолжительность перидуральной анестезии 0 и 1 ± 1 дня соответственно. Количество пациентов, которым ранее выполнялись операции на органах брюшной полости и был риск спаечного процесса, распределились следующим образом: в группе трансперитонеального доступа 2 пациента, в группе ретроперитонеального доступа 8 пациентов. Осложнения распределились следующим образом: динамическая кишечная непроходимость была отмечена в 2-х случаях при трансперитонеальном доступе, гематома забрюшинного пространства в одном случае при ретроперитонеальном доступе, все осложнения были купированы консервативно. Выполнение операций на почках ретроперитонеоскопическим доступом, обладает рядом преимуществ перед традиционной лапароскопической трансперитонеальной операцией. Созданная искусственно рабочая полость в забрюшинном пространстве имеет ограниченный объем, что влечет меньшее повышение внутрибрюшного давления и, соответственно, сопровождается меньшим риском развития сердечно-сосудистых и легочных осложнений. Это приобретает особое значение у коморбидных пациентов с патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Так же методика формирования ретроперитонеального доступа практически исключает возможность повреждения органов брюшной полости, что особенно приобретает актуальность у пациентов с ранее выполненными обширными и повторными операциями на органах брюшной полости. Данное исследование прежде всего показало безопасность подхода в условиях спаечного процесса в брюшной полости. Меньшее количество осложнений и менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде у пациентов, оперированных ретроперитонеоскопическим доступом.

379. Кровотечения из гастродуоденальной зоны у больных острой патологией головного мозга

Королев М.П. (1), Федотов Л.Е. (1),
Кондратьев А.Н. (2), Климов А.В. (1),
Терехов И.С. (2), Доняров Ш.Х. (1)

Санкт-Петербург

- 1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург, Литовская д.2, Россия;
- 2) Российский научно

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают особое место в ургентной хирургии. Часто, они являются осложнениями других заболеваний, а именно, патологий центральной нервной системы (ЦНС), сердечно-сосудистой системы, пневмонии, печеночной и почечной недостаточности и др. Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) на фоне острых заболеваний ЦНС по этиологии являются отдельной группой осложнений и отличается друг от друга. Сочетание кровотечения из верхних отделов ЖКТ и патологии ЦНС значительно ухудшает результаты лечения, увеличивает сроки нахождения в стационаре, может приводить вплоть до летального исхода. По данным авторов, ГДК встречается у 30 % больных геморрагическим инсультом. В других исследованиях кровотечения из верхних отделов ЖКТ выявлены частотой от 19 до 54 случаев на 100 000 населения страдающих патологиями ЦНС [3]. Цель исследования: улучшить результаты лечения ГДК на фоне острой патологии ЦНС. Материалы и методы: в исследование включены 135 пациентов получавших лечение в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» на кафедре «Общая хирургия с курсом эндоскопии» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», с острыми патологиями ЦНС и подозрением на кровотечения из гастродуоденальной зоны с 2013 г. по 2018г. Возраст больных составил 30-93 года (средний возраст 65 лет). Всем больным выполнялись обследования (магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС)). По результатам обследований (МРТ, КТ, ВЭГДС) все больные разделены на 3 группы: первая группа

(n=58) больные с ишемическим инсультом (ИИ) и геморрагией из верхних отделов ЖКТ, вторая группа – больные геморрагическим инсультом и кровотечением из гастродуоденальной зоны (n=47), третья – больные с острыми патологиями ЦНС и подозрением на ГДК. По данным ВЭГДС у этой группы источник кровотечения не выявлен (n=30). Результаты: у 38 из 58 с ИИ выявлены язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 16 геморрагический гастрит, в 1 случае источником кровотечения являлся варикозно-расширенные пищевода (ВРВП), в 3 случаях некротический эзофагит осложненный кровотечением. При анализе данных группы с геморрагическим инсультом, у 26 больных выявлены язвы желудка и/или язвы ДПК, у 14 больных геморрагический гастрит и/или дуоденит, у 4 пациентов синдром Мэллори-Вейса, у 2 больных некротический эзофагит осложненный кровотечением, в 1 случае кровотечение из ВРВП. В данной группе больных тяжесть по шкале комы Глазго (>8), наличие сепсиса, объем внутримозговой гематомы (размеры гематомы > 30 ml) или их сочетание является предрасполагающим фактором. Обсуждение: ГДК на фоне острых патологий ЦНС являются актуальными. В настоящее время отсутствует алгоритм диагностики, лечения и профилактики данной патологии в сочетании с заболеваниями ГМ. Заключение: у больных патологией ЦНС наиболее часто источником кровотечения является поражение слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ. При анализе данных, у больных ИИ чаще кровотечения выявляются из хронических язв, у пациентов геморрагическим инсультом чаще кровотечения выявляются из острых язвы верхних отделов ЖКТ. Эти данные необходимо учитывать при лечении. Алгоритм лечения: эндоскопический гемостаз (электрокоагуляция, аргонно-плазменная коагуляция, инъекция раствором «Эпинефрин», орошения пленкообразующими препаратами и механический метод остановки кровотечения) и консервативное лечение зависит от характера язвенного поражения и вида инсульта.

380.Общая характеристика случаев перекрута и некроза жировых подвесков

Блахов Н.Ю(1)., Чуманевич О.А(2).,
Трухан А.П(2)., Мазаник А.В(2)., Пивоварчик С.Н(2).,
Горустович А.Г(3)., Ливай К.В(1).

Минск

- 1) УО "Белорусский государственный медицинский университет"
- 2) ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»
- 3) ГУ «1-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь»

Актуальность. Перекрут и некроз жировых подвесков толстой кишки является редко встречающейся (0,1–0,3%) патологией у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Редкость заболевания и трудности диагностики, отсутствие патогномоничных симптомов определяют актуальность темы. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с патологией жирового подвеса в 432 Главном военном клиническом медицинском центре Вооруженных Сил Республики Беларусь за период с 2012 по 2018 гг. Полученные результаты. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента (мужчины 91.2% (31), женщины 8.8% (3)) с острым заболеванием жирового подвеса толстой кишки в возрасте от 19 до 78 лет (42.4±5,4 года). 82.4% (28) имели избыточную массу тела, индекс массы тела 29±2,8. Первично по этой патологии были госпитализированы 91.2% (31) пациентов, повторно 8.82% (3). В первые сутки от начала заболевания поступили в стационар 50% (17) пациентов, максимальный срок от начала заболевания составил 11 суток. Общую слабость и недомогание отмечали 26.4% (9) пациентов, снижение аппетита – 5.9% (2). При пальпации 85.2% (29) пациентов предъявляли жалобы на боль в левой подвздошной области, на боль в правой подвздошной области – 14.7% (5). Вздутие живота выявлено у 5.9% (5) пациентов. Все 100% (34) пациентов имели нормальную перистальтику. У 76.4% (26) пациентов отмечались перитониальные симптомы. Абсолютно все 100% пациенты имели нормального цвета стул, без патологических примесей с частотой 1-2 раза в день. Так же все отмечали свободное, безболезненное, без патологических примесей

мочеиспускание с частотой 4-7 раз в дневное время и 0-2 раза в ночное. Температура тела при поступлении у 58.8% (20) пациентов находилась в пределах нормы, 41.2% (14) имели субфебрильные цифры. У 35.2% (12) пациентов отмечался незначительный лейкоцитоз в общем анализе крови (до 13.2×10^9). Рентгенологическое и ультразвуковое исследование пациентов данных за патологию жировых подвесков не выявили. Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия. Перед оперативным вмешательством 14.7% (5) пациентов проводилась антибиотикопрофилактика. Операция по времени в среднем заняла $35 \pm 4,5$ минут. Выпот определялся у 14.7% (5) в количестве до 50 мл. Привесок находился на сигмовидной кишке в 58.8% (20) случаев, на нисходящем отделе ободочной кишки – в 29.4% (10), в восходящем отделе ободочной кишки – в 5.8% (2), на брыжейке червеобразного отростка – 2.9% (1), на слепой кишке – 2.9% (1). Средние размеры привеска в продольно-поперечном направлении составили 2.7 на 1.9 сантиметров соответственно. Привесок удалялся при помощи аппаратов LigaSure или UltraSigion. Всем пациентам был поставлен дренаж в малый таз. У 76.4% (26) пациентов срок стояния дренажа составил 1 сутки, у 29.2% (7) – 2 суток и 2.9% (1) – 3 суток. У 64.7% (22) пациентов проводили антибактериальную терапию в послеоперационном периоде. Обсуждения. Согласно полученным данным, основными клиническими признаками, указывающими на высокую вероятность наличия патологии жирового подвеса, является возникновение болей в левой подвздошной области на фоне абсолютного благополучия у пациентов с избыточной массой тела с последующим развитием положительных перитониальных симптомов. Вывод. Клиническая картина, данные лабораторных, неинвазивных и инвазивных лучевых и эндоскопических методов исследования при патологии жирового подвеса ободочной кишки чаще неспецифичны и маловыразительны, основным методом диагностики является диагностическая лапароскопия. Рекомендации. Как можно раньше проводить диагностическую лапароскопию в условиях стационара для уточнения диагноза. Использовать оперативное вмешательство как основной метод лечения.

381. Опыт лапароскопических реконструктивных операций на толстой кишке

Якомаскин В.Н., Равич Л.Д., Семенычева Н.В.

Москва

ГКБ им.С.П.Боткина

Цель работы. Оценить эффективность лапароскопического доступа при выполнении ликвидации колостом, илеостом у больных с раком ободочной кишки, и у больных с дивертикулезом ободочной кишки. Материалы. Данные пациентов были проанализированы в колопроктологическом отделении ГКБ им.С.П.Боткина за 3 года (2016-2018). Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции по поводу ликвидации колостом, илеостом выполнены: у 19 пациентов с раком толстой кишки, средний возраст которых составляет $61,5 \pm 8$ лет, и у 10 пациентов с дивертикулезом ободочной кишки средний возраст $58,9 \pm 5$ лет. Из 19 пациентов с раком ободочной кишки 52,6% - мужчины, 47,4% - женщины. Из 10 пациентов с дивертикулезом ободочной кишки 60% - женщины, 40% - мужчины. Результаты. Лапароскопические операции выполнены у 29 пациентов. Установка первого троакара производилась при помощи УЗИ-наведения. После адгезиолитики производилась мобилизация ободочной кишки и иссечение стомы. Интракорпоральное формирование анастомоза «конец-в-конец» при помощи циркулярных сшивающих аппаратов 29мм и 31мм. Дальнейшее вмешательство осуществлялось в месте иссечения стомы. Ни в одном из 29 случаев не было конверсий. Послеоперационные осложнения выявлены у 2 пациентов. В одном случае был инфильтрат послеоперационной раны без признаков нагноения. Заключение. Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции имеют свои преимущества перед лапаротомным методом. Операционный доступ меньших размеров, что обуславливает сокращение послеоперационных койко-дней и быстрой реабилитации больных.

382. Организация деятельности дневного хирургического стационара.*Воробьев В.В., Давыдов Д.В.*

Санкт-Петербург

ВМедА

В современных условиях одной из основных тенденций развития хирургии является смещение акцентов в оказании медицинской помощи со стационарного звена в амбулаторное. В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» особая роль отводится внедрению малозатратных технологий и развитию стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению. Эта задача рассматривается как приоритетное направление деятельности в здравоохранении. 20-летний опыт работы клиники амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии (ВМедА) им. С.М. Кирова, центров амбулаторной хирургии Москвы, Санкт-Петербурга, Ставрополя и других городов убедительно показал, что значительное количество хирургических больных может быть успешно санировано в дневном хирургическом стационаре (ДХС), в связи с чем расширяются объемы хирургической деятельности в амбулаторных условиях. Прежде всего это относится к таким широко распространенным заболеваниям, как наружные грыжи живота, варикозное расширение вен нижних конечностей, патология наружных половых органов и др. Эти категории больных оперируются, как правило, в больничных стационарах, что вызывает необоснованную перегрузку последних, увеличение периода нетрудоспособности больных и, следовательно, значительные экономические затраты. Основным предназначением ДХС являются диагностика: – отбор больных и определение показаний к оперативному лечению, проведение оперативных вмешательств, диагностических манипуляций повышенной сложности (инвазивных и неинвазивных) и послеоперационное ведение больных, применение комплекса мероприятий по снижению сроков нетрудоспособности оперированных больных; - разработка и внедрение в повседневную практическую деятельность хирургических отделений поликлиник прогрессивных, экономически обоснованных и патогенетически оправданных стационарозамещающих технологий, методов

диагностики и специализированного лечения больных с хирургическими заболеваниями; - изучение ближайших и отдаленных результатов оперативных вмешательств и консервативных методов лечения больных с хирургическими заболеваниями, а также оценка экономической эффективности деятельности ДХС. Оперативное лечение в ДХС имеет свои особенности, т. к. в ближайшие часы после операции больной выходит из-под постоянного наблюдения медицинского персонала. Экономическая эффективность деятельности ДХС может быть как прямой, так и косвенной. Прямая экономическая эффективность определяется предотвращенным экономическим ущербом, т.е. разностью в расходах государства на лечение в стационаре госпитального типа и дневном стационаре, и достигается за счет: повышения оборота койки; значительного сокращения расходов на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических подразделений; отсутствия необходимости повышения оплаты труда персонала, работающего в ночное время суток. Косвенная (непрямая) экономия средств возникает вследствие: высвобождения дорогостоящих коек госпитальных стационаров для лечения более тяжелых больных; сокращения очереди на выполнение плановых операций; осуществления принципа превентивности лечения в ДХС, способствующего оказанию помощи на более ранних стадиях заболеваний, что предотвращает развитие тяжелых форм заболеваний и их осложнений; сохранения привычного образа жизни пациентов в послеоперационный период (пребывание в домашних условиях, общение с родственниками и др.), что способствует сокращению сроков реабилитации и возвращения к исполнению своих обязанностей; снижения по сравнению с круглосуточным стационаром числа осложнений после операций, выполненных в ДХС и не превышающих 1% (вследствие активного двигательного режима больных в ранний послеоперационный период, практически полного отсутствия госпитальной инфекции и других факторов). Наш опыт и опыт наших коллег показывает, что использование ДХС при лечении хирургических больных подтверждает свою ресурсосберегающую эффективность, доступность для широких слоев населения, и способствует уменьшению периода нетрудоспособности. Все это вызывает заслуженное признание у пациентов.

383. Дневной стационар – основное звено стационарозамещающих технологий*Воробьев В.В.*

Санкт-Петербург

ВМедА

Актуальным направлением развития здравоохранения в РФ является совершенствование стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению. Стационарозамещающими формами оказания медицинской помощи являются: стационар на дому, дневной стационар и в определенной мере - кратковременный круглосуточный стационар. Наиболее широкое распространение в системе здравоохранения РФ получил дневной стационар (ДС). При этом, необходимо подчеркнуть, что под дневным стационаром часто ошибочно подразумеваются совершенно другие формы оказания медицинской помощи. В таких «Дневных стационарах» лечение осуществляется в течение суток, а иногда и более. Оперативные вмешательства выполняются под эндотрахеальным наркозом, перидуральной анестезией и др. Все это не соответствует объему работы рекомендуемому в дневном стационаре. Между тем в Федеральном законе РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 ноября 2011 года дано определение дневного стационара и подчеркивается, что медицинская помощь оказывается в дневном стационаре в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Главным основанием внедрения дневных стационаров является экономия финансовых средств при оказании в них медицинской помощи. Экономия финансовых средств в ДС достигается: сокращением расходов на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических подразделений (работа дневного стационара длится 8 – 10 часов в сутки вместо 24 часов в стационаре); - отсутствует необходимость повышенной оплаты труда медицинских работников, работающих в ночное время и в праздничные и выходные дни. Однако основной экономический эффект лечения больных в ДС обеспечивается главным образом, за счет интенсивного использования коек. Если в ДС на койке получает лечение один больной, то

экономический эффект минимальный и целесообразность работы такого ДС, с экономической точки зрения, сомнительная. Оптимальной необходимо считать такую работу ДС при которой на койке ежедневно получает лечение 2-3 пациента. А приказ МЗ РФ №922н от 15 ноября 2012 года о порядках оказания помощи, в частности, в дневных хирургических стационарах никак не регламентирует загрузку койки ДС. Длительность пребывания (лечения) пациента в ДС должна составлять от 3 до 8 часов. Однако, в ряде лечебных учреждений обычное посещение пациентом поликлиники с лечебной целью оформляется как пребывание в ДС. Система ОМС также пока не способствует созданию экономических мотиваций по увеличению объема и перечня медицинских услуг, оказываемых в ДС. Так, например, стоимость лечения больного с варикозной болезнью вен нижних конечностей в дневном хирургическом стационаре оценивается страховыми компаниями на 50 – 80% ниже чем в круглосуточном стационаре. Пока в системе ОМС не будет внедрен единый тариф для стационаров и ДС система стационарозамещающей помощи не будет развиваться. Введение же единого тарифа сделает «невыгодным» лечение в стационарах больниц таких заболеваний как наружные грыжи живота, варикозная болезнь вен нижних конечностей, варикоцеле и др.

384. До- и послеоперационная диагностика эпидермальных кист*Новиков К.В., Пименов П.В., Диденко А.Н.*

Санкт-Петербург

ВМедА

В поликлинической практике операции по поводу эпидермальных кист нередко выполняются без какого-либо предварительного диагностического исследования, а лечение заканчивается без гистологического изучения удаленных тканей. Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с эпидермальными кистами. Материалы и методы. В течение последних 15 лет в клинике

амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии мы изучили данные 1674 больных с эпидермальными кистами. 1030 пациентов лечились в отделении гнойной хирургии, 644 – в отделении плановой хирургии. 61,5% из них оперированы в состоянии гнойного процесса, 38,5 % без воспалительных изменений. В предоперационном периоде 296 (254 – плановых, 42 – гнойных) проводилось ультразвуковое исследование эпидермальных кист на диагностическом аппарате «Sonoline Omnia» с применением линейного датчика с частотой 7,5 МГц и использованием цветного доплеровского картирования потоков. Результаты. Гистологическое исследование удаленных кист выполнено у 834 человек (у всех больных без воспалительных явлений, у гнойных – 176). Результаты ультразвуковой диагностики у 98% совпали с данными хирургических вмешательств и гистологических исследований. При гистологическом исследовании удаленных кист были выявлены (по классификации Апатенко А.К., 1973): собственно эпидермальные кисты – 89,4%, сальные кисты – 5,9%. У 4,7% больных диагностированы: дермоидные кисты – 14, фолликулярные (ретенционные) кисты – 8, кисты потовых желез – 13, гранулемы типа инородных тел – 1, перифокальный фиброз – 3, дистрофический процесс – 3, пролиферативный процесс – 2. Сообщения о развитии опухолей из стенок эпидермальных кист в литературе редки, хотя в практической работе такой вид патологии встречается значительно чаще. Опухолевый рост идет за счет пролиферации эпителиальной выстилки в полость кисты или в окружающую дерму. Обычно эти пролиферации наблюдаются при эпидермальных кистах, существующих в течение многих лет. У 36 (4,3%) больных гистологическое исследование выявило опухолевый процесс в стенках удаленных эпидермальных кист (эпителиальный рак – 1, обызвествленная эпителиома Малерба – 12, кистозная эпителиома – 12, базалиома – 6, фиброма – 1, дерматофибросаркома Дарье-Феррана – 1, цилиндрома – 1, сиригмоэпителиома – 1). Заключение. Полученные нами данные показывают заметное разнообразие эпидермальных кист. Распознавание характера этих кист в поликлинических условиях довольно трудно, но возможно. Верификация патологического процесса должна быть обязательной как в дооперационном периоде (в первую очередь – УЗИ), так и по результатам гистологического исследования. Ультразвуковое исследование помогает более

точной предоперационной диагностике эпидермальных кист. Особенно это касается вопросов выявления опухолевых процессов.

385. Лечение травм пальцев кисти в дневном хирургическом стационаре.

Воробьев В.В., Питенин Ю.И., Овчинников Д.В.

Санкт-Петербург

ВМедА

Повреждения кисти и пальцев встречаются довольно часто и занимают первые места по частоте среди всех повреждений. В мегаполисе частота дефектов мягких и покровных тканей пальцев и кисти в общем массиве повреждений составляет 49,6%. Травмы кисти легкой степени составляют примерно 1/3 от общего их количества. Важным фактором является и то, что подавляющее число пострадавших – это мужчины трудоспособного возраста, занятые в реальном секторе экономики. Среди методик замещения покровных тканей пальцев кисти – местная пластика, пластика свободными и несвободными кожными лоскутами, лоскутами на сосудистой ножке и с использованием микрохирургической техники. Выбор конкретного метода восстановления дефекта зависит от его размера и глубины, а также от технических возможностей лечебного учреждения. Цель исследования: сравнение и улучшение результатов лечения пациентов с дефектами кожного покрова пальцев кисти. Материалы и методы: в исследование включены 45 пациентов с глубокими дефектами мягких тканей пальцев кисти, которые находились на лечении в клинике амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, их лечение осуществляли в дневном хирургическом стационаре. Среди 45 пациентов мужчин было 40 (88%), женщин – 5 (12%). Возраст от 19 до 69 лет и в среднем составил $38,5 \pm 11,6$ года. Наиболее часто травмировался II палец – у 20 больных (44%) пациентов. Травмы III пальца отмечены у 15 (3%) пациентов. Повреждение I и IV пальцев встречалось с одинаковой частотой – у 11 (24%) больных. Реже

наблюдали травмы V пальца – у 4 (8%) пациентов. Изолированное повреждение одного пальца наблюдали у 36 (80%) больных, двух – у 2 (4%), трёх – у 6 (12%), четырёх – у 1 (2%). Дефекты мягких тканей на поврежденном пальце чаще всего локализовались на дистальной фаланге – у 28 (62%) больных, средней – у 2 (4%), проксимальной – у 4 (9%). На 2-х смежных фалангах – у 11 (24%) больных. Дефект кожного покрова располагался на ладонной поверхности у 12 (27%) больных, на тыльной – у 6 (13%), на торцевой – у 20 (44%), циркулярно – у 6 (13%). Несвободная кожная пластика лоскутом на временной питающей ножке выполнена для замещения дефектов на I пальце – у 6 (13%), II – у 17 (38%), III – у 12 (27%), IV – у 8 (18%), V – у 2 (4%) больных. У 22 (49%) пациентов в качестве донорского места использовали соседний палец (перекрёстная (cross-) пластика), у 22 (49%) – возвышение I пальца (тенарная пластика), у одного (2%) – возвышение V пальца (гипотенарная пластика). Площадь восстановленных дефектов составила $5,2 \pm 3,8$ см². Пациенты с травмой кисти, сопровождающейся глубокими дефектами мягких тканей пальцев кисти, поступали в клинику в порядке оказания «скорой помощи». После проведенного оперативного вмешательства и выполнения иммобилизации кисти пациенты находились под наблюдением медицинского персонала отделения в течение 3–4 часов. В последующие дни пациент самостоятельно прибывал в клинику для дальнейшего лечения. С 3–4 суток после выполнения 1 этапа оперативного лечения назначали ЛФК. Наличие гипсовой иммобилизации оперированной кисти существенно не ограничивало пациента в самостоятельном передвижении по городу. На 21-е сутки после первой операции выполняли второй этап кожной пластики – пересечение питающей ножки. На 10-е сутки после пересечения питающей ножки снимали швы с ран и пациентов выписывали в травматологический пункт по месту жительства. Несвободная кожная пластика лоскутом на временной питающей ножке из смежных анатомических зон выполнена у 45 пациентов. При выборе метода пластического закрытия мягкотканного дефекта первостепенное значение придавали возможности сохранения ногтевого комплекса и мест прикрепления сухожилий глубокого сгибателя и разгибателя пальца, т.к. сохранение указанных структур позволяло максимально восстановить тактильную чувствительность, двигательную активность и эстетическую картину. При торцевых дефектах дистальных фаланг (II–V) пальцев несвободный

кожный лоскут формировали на ладонной поверхности кисти (тенарная – 22 пациента (49%), гипотенарная пластика – один пациент (2%)). Дефекты ладонной и тыльной поверхности фаланг пальцев и торцевые дефекты I пальца восстанавливали, формируя несвободный кожный лоскут на соседнем пальце (перекрестная или cross-пластика – 22 пациента (49%)). При формировании несвободного кожного лоскута мы фиксировали его по всем сторонам к сшиваемым сегментам кисти с формированием переходного мостика. С целью облегчения процесса формирования питающей ножки нами разработан метод наложения провизорных швов с последующим их затягиванием. Анализ непосредственных результатов оперативного лечения проведен у всех 45 больных. У 42 пациентов (93%) лоскуты полностью прижились, у трех пациентов (7%) – отмечен незначительный краевой некроз лоскутов. Средняя длительность лечения составила $34,8 \pm 9,3$ дня. Отдаленные результаты лечения прослежены у 23 пациентов (51%) в сроки наблюдения от 1 года до 5 лет – функция сегментов после кожной пластики восстановлена полностью. Вывод. Замещение глубоких дефектов покровных тканей пальцев кисти методом несвободной кожной пластики лоскутом на временной питающей ножке из смежных анатомических зон является доступным, надежным и эффективным способом лечения и может быть методом выбора в ДХС при отсутствии возможности выполнения микрохирургических операций.

386.Повышение эффективности восстановительного лечения пациентов с воспалительно-дегенеративными заболеваниями ротаторной манжеты плеча.

Слухай С.И., Губанов А.Б.

Санкт-Петербург

ВМедА

Восстановление двигательной активности пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями ротаторной манжеты плечевого сустава остается на сегодняшний день нерешенной

проблемой. Позднее обращение к врачу пациентов и несвоевременная диагностика повреждений и воспаления вращательной манжеты приводит к увеличению сроков лечения этой патологии, возникновению стойких комбинированных контрактур с нарушениями статико-кинетической функции верхних конечностей. Сокращение сроков лечения пострадавших с воспалительно-дегенеративными заболеваниями вращательной манжеты плеча имеет не только клиническое, но и экономическое значение. Следовательно, совершенствование методов восстановительного лечения таких пациентов до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной травматологии. Целью исследования явилось сравнение восстановления двигательной активности пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями ротаторной манжеты плечевого сустава с применением лечебных блокад с дипроспаном и без них. В отделении хирургии повреждений и заболеваний конечности клиники амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова с 2015 по 2018 гг. получали лечение 74 пациента с дегенеративными заболеваниями мышц вращательной манжеты плеча. Среди больных 40 пациентов были мужского пола и 34 женского. Средний возраст мужчин составил 51,5 ± 14,3 года, женщин — 54 ± 8,4 года. Всем пациентам до лечения выполнялась МРТ плечевого сустава. По данным исследования воспалительное заболевание двух и более сухожилий было выявлено у 64 больных, воспаление одного сухожилия диагностировано у 10 пациентов. В исследование были включены пациенты клинической и контрольной групп. Средние сроки восстановления в клинической группе сравнивались с контрольной группой пациентов. Контрольной группе пациентов (10 больных) выполнялась магнитотерапия №7, ЛФК №10, НПВС (мовасин) в течение 5 дней. Пациентам клинической группы выполнялась магнитотерапия №7, ЛФК №10, НПВС (мовасин) в течение 5 дней и паратензионное введение препарата Дипроспан 1,0 с раствором анестетика (противопоказания для введения препарата у пациентов отсутствовали). Средние сроки восстановления у пациентов клинической группы составили 12 ± 1,2 сут, по сравнению с контролем 26,8 ± 3,8 сут ($p < 0,05$). Выводы: 1. Восстановление пациентов с дегенеративными заболеваниями мышц ротаторной манжеты представляет серьезную задачу, так как несвоевременная диагностика и неполное комплексное лечение

приводит к увеличению сроков временной нетрудоспособности или боеспособности военнослужащих. 2. Достоверно быстрее восстановилась функция верхней конечности у пациентов, которым выполнялась в процессе лечения магнитотерапия, НПВС (мовасин) комплексе с ЛФК и паратензионным введением препарата Дипроспан 1,0 по сравнению с контрольной группой пациентов, в восстановлении которых использовалась магнитотерапия, ЛФК и НПВС (мовасин).

387. Результаты лечения острого холецистита в многопрофильном стационаре

Юдин В.А., Осипов В.В., Бровкин О.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Острый холецистит (ОХ) является самым частым осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ). При этом более 65 % пациентов находятся в возрасте от 60 до 80 лет, как правило, с выраженными сопутствующими заболеваниями, и прежде всего сердечно-сосудистыми. У этой категории больных чаще развиваются такие осложнения, как водянка и эмпиема желчного пузыря, паравезикальный абсцесс, перфорация желчного пузыря. По данным литературы летальность при ОХ колеблется от 1,9 до 8 %, достигая 46 % в группе больных с острым гангренозным холециститом, осложненным перфорацией и перитонитом. Наш опыт лечения ОХ за 13 лет — в период 2006–2018 гг. Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 1832 больных с ОХ, поступивших на лечение во 2-е хирургическое отделение областной клинической больницы г. Рязани. Анализ возрастного спектра поступивших больных показал преобладание пациентов старшей возрастной группы: до 60 лет — 78 (4 %), старше 60 лет — 1053 (57 %), старше 71 года — 588 (33%), старше 81 года — 113 пациента (6 %). Давность заболевания у поступивших больных варьировала от 12 ч до 6 сут. Каждый поступивший пациент помимо ОХ страдал и сопутствующими

заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, постинфарктный кардиосклероз, хронический бронхит и бронхиальная астма, сахарный диабет и ряд других). Из всех поступивших больных оперировано пациента (83,7 %), лечились консервативно больных (16,3 %). Из оперированных больных (93,1 %) выполнена лапароскопическая холецистэктомия, пациентам (6,9 %) — традиционная холецистэктомия. Всего умерло 3 пациента, что составило 0,16 % общей летальности и 0,3 % послеоперационной. При ведении больных с ОХ мы формально придерживаемся «активно-выжидательной» тактики, предполагающей соблюдение трех условий: 1 — экстренная операция выполняется только при наличии разлитого желчного перитонита в течение 2–3 ч, после предварительной подготовки; 2 — срочная операция выполняется при неэффективности консервативного лечения ОХ в течение 12–24 ч или при прогрессировании желтухи; 3 — плановая операция выполняется при успешном купировании приступа и стихании воспалительных явлений. Всем больным при поступлении в стационар выполнялось комплексное общеклиническое исследование. Наличие патологии со стороны желчного пузыря и желчных протоков диагностировали по данным клинической картины, лабораторных, ультразвуковых и эндоскопических методов. Прогнозирование течения патологического процесса и выбор метода лечения определяли по клинической картине, температурной реакции, показателям клинических и биохимических исследований, а самое главное — в зависимости от варианта ультразвуковой визуализации желчного пузыря. Ультразвуковыми признаками ОХ являются утолщение стенок желчного пузыря более 4 мм, неоднородность и «слоистость», «двойной контур» стенки, увеличение размеров желчного пузыря, вколоченный камень в устье пузырного протока, наличие перивезикальных инфильтратов и (или) экссудата. По нашим данным, у 98 (5,3 %) больных ОХ сочетался с механической желтухой, вызванной холедохолитиазом, который был, в основном, корригирован эндоскопическими методами. Этим больным показано двухэтапное лечение: вначале производим удаление камней из общего желчного протока (ОЖП), устраняем механическую желтуху и холангит, а затем выполняли лапароскопическую холецистэктомию. Результаты и их обсуждение. Из больных, поступивших в стационар за период 2006-2018 гг., консервативное лечение выполнено у 297 (16,3 %) человек. Все больные данной группы получали

адекватную патогенетическую терапию (антибиотики широкого спектра действия, инфузионную, спазмолитическую и симптоматическую терапию). Летальных исходов у больных, получавших только консервативную терапию, не было. Группу больных, которым произведено оперативное вмешательство, мы условно разделили по срочности выполнения на 3 группы: группа 1: экстренные операции — 93 больных (6,1 %) — в первые 12 ч от момента поступления больного в стационар; группа 2: срочные операции — 520 больных (33,9 %) — при неэффективности консервативной терапии в течение 12–24 ч от момента поступления; группа 3: поздние срочные операции — 921 больных (60 %), — которые выполнялись после стихания воспалительных явлений и частичным купированием приступа в последующие 2–3 сут от поступления больного в стационар. Больные группы 1 оперированы в экстренном порядке. Всем им проведена традиционная холецистэктомия. Это больные с гангренозно-перфоративной и флегмонозно-гангренозной формой деструкции стенки желчного пузыря, перитонитом. В группе 1 умерло трое больных, что составило 0,16 % летальности в данной, наиболее тяжелой группе больных. Следует отметить, что все трое умерших пациентов старше 75 лет, и смерть наступила в двух случаях от инфаркта миокарда и в одном случае — от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Среди больных группы 2, которые оперированы в срочном порядке при неэффективности консервативной терапии, пациенту выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), при этом конверсия осуществлена только у двух пациентов из-за наличия выраженного спаечного процесса в области гепатодуоденальной связки, а больным — традиционная холецистэктомия (ТХЭ) из верхнесрединного доступа. У всех этих пациентов операцию заканчивали дренированием брюшной полости. Летальных исходов в данной группе не было. Больным группы 3 выполняли поздние срочные операции после стихания воспаления в стенке желчного пузыря и окружающих тканях. Всем больным этой группы произведена ЛХЭ. Летальности в рассматриваемой группе также отсутствовала. Желчеистечение в послеоперационном периоде в двух случаях не потребовало оперативного вмешательства и прекратилось самостоятельно, а у одного пациента с желчеистечением до 600,0 мл в сутки потребовало релапароскопии и дополнительного клипирования культи пузырного протока. Всем 1527 (83,3 %) больным выполнена ЛХЭ с хорошими

непосредственными и отдаленными результатами. Тщательное обследование больных в предоперационном периоде позволяет получить исчерпывающую информацию о состоянии зоны предстоящей операции. Мы не считаем противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии ранее перенесенные операции на органах нижнего отдела брюшной полости. Каждый седьмой оперированный нами пациент перенес различные вмешательства (аппендэктомия, грыжесечение по поводу паховой грыжи, операции на матке и придатках). Послеоперационный период у больных, перенесших ЛХЭ, протекал гораздо легче, чем у оперированных традиционным способом. Требовалось значительно меньше анальгетиков, и уже со вторых суток больные начинали ходить. Общее состояние многих пациентов позволяло их выписывать на 3–4-е сут. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после выполненной ЛХЭ составила 8,34 койко-дня. Продолжительность ЛХЭ — в среднем 72,5 мин. Таким образом, проведенный анализ лечения больных, поступающих в хирургический стационар с диагнозом ОХ, свидетельствует о преимуществе активно-выжидательной тактики и применения как основного хирургического метода лечения ЛХЭ. Больные, которым не проводилось хирургическое лечение и они были выписаны после проведения консервативных мероприятий на амбулаторное лечение, повторно поступали в стационар и им была выполнена ЛХЭ с хорошими результатами. В этой группе пациентов, которым выполнялась плановая ЛХЭ, летальность отсутствовала. Выводы: Применение активно-выжидательной тактики при лечении ОХ считаем наиболее оправданным. Оптимальным сроком для выполнения ранних и поздних срочных операций при остром деструктивном холецистите являются первые трое суток от начала заболевания, когда еще не развились рубцово-инфильтративные изменения в перивезикальной зоне. Вмешательство не должно быть связанным с неоправданно высоким риском. Операцией выбора мы считаем ЛХЭ, которая должна проводиться в дневное время бригадой опытных хирургов, в совершенстве владеющих техникой эндовидеохирургических вмешательств. При ОКХ лапароскопический доступ изначально должен быть использован во всех случаях, за исключением абсолютных анестезиологических противопоказаний или септического шока. Методом выбора при сочетании ОХ и патологии внепеченочных желчных путей является двухэтапное лечение: вначале производится эндоскопическая папиллосфинктротомия и

удаление камней из ОЖП для устранения механической желтухи и холангита, затем выполняется ЛХЭ.

388.Экономическая целесообразность применения полимерного покрытия в ортопедической практике

*Вартикан А.А., Земляной А.Б., Федотов Е.А.,
Чемис А.Г., Писецкий М.М., Мамонов В.Е.*

Москва

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Цель работы. Фармако-экономический анализ применения полимерного покрытия с использованием нанокompозитных материалов в профилактике инфекций области хирургического вмешательства у пациентов при эндопротезировании тазобедренного сустава. Материалы и методы. В работе проведен экономический анализ применения отечественного полимерного покрытия с использованием нанокompозитных материалов. В исследование было включено 20 пациентов, с разделением на две группы. В основную группу (n=10) были включены пациенты у которых применяли полимерное покрытие с использованием нанокompозитных материалов в интра- и послеоперационных периодах; в группе сравнения (n=10) применяли стандартные методы обработки операционного поля и перевязок в послеоперационном периоде. Результаты. У пациентов в основной группе (n=10) при применении полимерного покрытия в интра- и послеоперационном периоде за весь период госпитализации сумма затрат составила 3672 руб. На одного пациента – 367,2 руб. У пациентов в группе сравнения (n=10) в интра- и послеоперационном периоде за весь период госпитализации сумма затрат примерно составила 14 257 руб. И использованные материалы в интраоперационном периоде составила: - 10% раствор Йодоперона 120 мл №10 – 6870 руб. (стоимость единицы на одного пациента 299 руб., трехкратная обработка операционного поля); - Антимикробная хирургическая пленка Ioban 60x45

№10 – 5220 руб. (стоимость единицы на одного пациента 522 руб.). В послеоперационном периоде стоимость использованных материалов составила: - 10% раствор Йодоперона 10 мл №10 – 570 руб. (стоимость единицы на одного пациента 57 руб.); - Марлевые салфетки 14х16 – 710 руб. (стоимость единицы на одного пациента 71 руб.); - Пластырь Омнификс эластик/Omnifix elastic фиксирующий 10 м x 10 – 887 руб. (на одного пациента примерно – 15см. – 1,0м. – 88 руб.) Выводы. Применение полимерного покрытия в интра- и послеоперационном периоде при эндопротезировании тазобедренного сустава позволило снизить стоимость расходных материалов примерно в 4 раза.

389. Новые подходы в профилактике инфекции области хирургического вмешательства и в ранней реабилитации пациентов с ортопедической патологией

*Вартикан А.А., Земляной А.Б., Федотов Е.А.,
Чемис А.Г., Писецкий М.М., Мамонов В.Е.*

Москва

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Цель работы. Разработка нового подхода в профилактике ИОХВ и в ранней реабилитации у пациентов при эндопротезировании тазобедренного сустава на основе применения полимерного покрытия с использованием нанокompозитных материалов. Материалы и методы. В работе интраоперационно применяли отечественное полимерное покрытие с использованием нанокompозитных материалов который при высыхании формирует антимикробную полимерную пленку. При эндопротезировании тазобедренного сустава операционное поле обрабатывали от края реберной дуги до коленного сустава. После высыхания полимерного покрытия операционное поле стандартно обкладывалось одноразовым бельем. Использовался малоинвазивный доступ к тазобедренному суставу, с сохранением мышц. Рану ушивали внутрикожным швом, затем повторно

наносили полимерное покрытие на ушитую рану. Дренажная хлорвиниловая трубка не устанавливалась. В послеоперационном периоде полимерное покрытие наносили трижды: в первые сутки после удаления дренажа, на 3-5 сутки и в день выписки на 7-10 сутки после операции. Данная методика была применена у 10 пациентов. Медиана возраст составила 56 (41 – 61) лет, пол 4 мужчин и 2 женщины. По нозологиям больные распределились следующим образом: Апластическая анемия, вне ремиссии – 2 пациентов, Коксартроз 3-4 ст. – 3 пациентов, Лимфогранулематоз – 1 пациент. Результаты. У всех больных в послеоперационном периоде не было отмечено местных воспалительных реакций в области послеоперационной раны. Начиная со 2 суток послеоперационного периода, наличие внутрикожного шва, не требующего удаления, в сочетании с полимерным покрытием, позволило пациентам применять душ. У пациентов в послеоперационном периоде выполнено всего по 2-3 нанесения полимерного покрытия. Применение малоинвазивного доступа без использования дренажной хлорвиниловой трубки способствовало активизации пациентов в первые часы после оперативного вмешательства, тем самым снизить риск стандартных послеоперационных осложнений (пневмония, тромбозы) и ускорить процесс реабилитации в условиях стационарного пребывания. Выводы. Применение малоинвазивного доступа и полимерного покрытия в интра- и послеоперационном периоде при эндопротезировании тазобедренного сустава позволило избежать ИОХВ, улучшить качество пребывания пациентов в стационаре, избежать послеоперационные осложнения и ускорить реабилитацию пациентов, тем самым сократить сроки пребывания пациентов в стационаре после эндопротезирования тазобедренного сустава.

390.Эндоскопическая тактика при фиксированных безоарах верхних отделов ЖКТ*Воронков Д.Е. (1,3), Михайличенко В.Ю. (1,2)*

Симферополь

- 1.) ГБУЗ РК "Симферопольская ГКБ №7"
- 2.) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
- 3.) ООО «Диагональ-Плюс»

Некоторые ошибочно полагают, что безоар является инородным телом, однако это не так. Безоар переводится с персидского, как инородная ткань, что в полной мере отражает сущность этого образования. Однако термин «безоар» имеет и арабское происхождение «radzher», что означает «противоядие». В работах Аристотеля сообщается о безоаровом камне как о вернейшем средстве против растительных и животных ядов. Стоил он баснословно дорого, и вплоть до XVIII в. его ввозили из Индии. Впервые в отечественной медицинской литературе безоар описал проф. В. М. Мыш в 1912 г. Безоар — это пищевой конгломерат, сформированный из частиц овощей или фруктов и перемешанный со слизью. Безоары желудочно-кишечного тракта встречаются редко. По данным В. А. Арабаджяна и соавт. (1996), в мировой литературе описано всего около 400 наблюдений безоаров желудочно-кишечного тракта у человека. В основу классификации безоаров положен их состав. В настоящее время пользуются классификацией безоаров, предложенной И. К. Пипиа, А. В. Телиа (1972): 1. Фитобезоары — «образования» из растительной пищи или клетчатки и косточек плодов (хурмы, фиников, вишни, инжира и т. д.). 2. Трихобезоары — «образования» из волос, а также из шерсти, щетины и т. д. 3. Трихофитобезоары — «образования» из волос и растительной пищи. 4. Себобезоары или липоидные безоары — «образования» из жира (в основном козьего или говяжьего). 5. Шеллако- и пиксобезоары — «образования», состоящие из шеллака и вообще смолистых веществ. 6. Псевдобезоары, resp. — промежуточные безоары: а) образующиеся из слизи (mucusbezoar); б) из сухого молока (лактобезоар); в) из карбоксиметилцеллюлозы. 7. Гематобезоары — «образования» из крови. 8. Безоары-конкременты — «образования» из лекарственных и других веществ (магнезии, салолы, бисмуткарбоната,

древесного угля и т. д.). 9. Полибезоары (миксобезоары) формируются из непереваренных частичек пищи и мелких инородных тел (нити, частички древесины, кусочки металла). Под нашим наблюдением за период 2017-2018гг было трое больных с фиксированными безоарами: двое с безоарами в области бульбодуоденального перехода, один в безоаром в антральном отделе и переходом в луковицу ДПК. 2 больных поступило в экстренном порядке по скорой помощи с клиникой высокой кишечной непроходимости, 1 - обращение в мед.центр с аналогичной клиникой. Всем больным выполнена экстренная видеогастроскопия, на которой выявлены безоары. Во всех случаях безоар фиксированный размером более 18х10см, полностью перекрывает просвет кишки ЖКТ, с выраженным отеком слизистой, острыми язвами и наложениями фибрина. Во случаях произведена фрагментация безоара, частично удален (более 50%), частично продвинут в тонкую кишку. Пациенты госпитализировались в хирургическое отделение, где давался барий, и проводилось динамическое наблюдение, симптоматическая терапия и контроль пассажа бария. Во всех случаях получен положительный пассаж бария и больные выписаны без оперативного лечения. Выводы: 1. "Агрессивная" эндоскопическая тактика направленная на эндоскопическое разрушение и удаление безоара позволяет избежать хирургического лечения. 2. После разрушения безоара необходима госпитализация в хирургический стационар для динамического наблюдения и симптоматической терапии

391. Ускоренная реабилитации пациентов при лапароскопической холецистэктомии*Хубезов Д.А., Юдин В.А., Осипов В.В.,
Родимов С.В., Бровкин О.А.*

Рязань

ГБУ РО "Областная клиническая больница"

Актуальность: лапароскопическая холецистэктомия является золотым стандартом лечения острого и хронического калькулезного холецистита на протяжении длительного времени. В современных клиниках процент выполнения минимально-инвазивных методов в лечении даже осложненных форм желчекаменной болезни (ЖКБ) превышает 90%. Таким же стремительно развивающимся направлением в хирургии является использование протоколов ускоренной реабилитации и восстановления, которые показали свою эффективность у плановых больных. Применение данной технологии позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре. Проведенные в мировой литературе исследования не содержат достаточных оснований, которые позволили бы достоверно доказать оправданность применения протокола ускоренной реабилитации у больных с острой хирургической патологией. В связи с этим изучение перспектив внедрения концепции в экстренной хирургии является актуальной. Цель: оценка различных элементов и их комбинаций в комплексе мер протокола ускоренной реабилитации при лапароскопической холецистэктомии по поводу острого холецистита. Материалы и методы: проведено ретроспективно-проспективное исследование 81 пациента которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия в отделении общей хирургии №2 ГБУ РО «Областная клиническая больница» по поводу острого (n=45, 55,6%) и обострения хронического калькулезного холецистита (n=36, 44,4%). Протокол ускоренного восстановления проспективно применялся у 41 пациента (50,6%) с апреля 2016г. по декабрь 2017г. Данные пациенты составили основную группу. В рамках протокола применялась неопиоидная аналгезия, проводилась местная анестезия мест введения всех лапаропортов, интраоперационная профилактика тошноты и рвоты, отказ от использования дренажей и назогастральной интубации, ранняя активизация в первые часы

после операции, ранний пероральный прием питающих жидкостей. Для сравнительного анализа был проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 пациентов, проходивших лечение в 2015-2016 году, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия без применения данного протокола. Исследуемые группы были полностью сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела и сопутствующей патологии. Для оценки болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), послеоперационную тошноту оценивали на основании 3х бальной шкалы в течении всего периода госпитализации пациента. Результаты: при сравнительном анализе не обнаружено статистически достоверных различий в интра- и послеоперационных осложнениях основной и контрольной группы ($p>0,05$). В основной группе медиана послеоперационной тошноты была ниже, чем в контрольной (1,43 против 1,76), однако данные результаты статистически не достоверны ($p>0,05$). При оценке болевого синдрома в первые 3 и 6 часов после операции получены достоверные различия медианы боли в группах (3,12 и 3,72 в основной, против 5,43 и 6,12 в контрольной, $p<0,05$), в остальные промежутки времени статистически достоверных различий не выявлено ($p>0,05$). Отмечается статистическая тенденция к уменьшению послеоперационного койко-дня в основной группе, однако достоверных результатов получено не было (4,23 против 5,71, $p>0,05$). Выводы: в результате внедрения элементов протокола удалось достоверно улучшить непосредственные результаты лечения данной категории пациентов, однако для получения более убедительных данных целесообразно продолжать дальнейшие исследования

392. Юбилейные и знаменательные даты в истории эндоскопической хирургии в 2019 году*Оловянный В.Е.*

Москва

"Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского"
Минздрава России

Вспоминая юбилейные и памятные даты мы вновь перелистываем страницы истории эндоскопической хирургии – хирургии, без которой немыслима современная медицина. 140 лет назад (1879) немецкий уролог М. Nitze сконструировал первый оптический эндоскоп (цистоскоп) с электрическим источником света, оказавшийся настолько совершенным, что его с различными модификациями производили вплоть до середины XX столетия. Именно цистоскоп Nitze в 1901 г. применил немецкий хирург G. Kelling для первых исследований брюшной полости в эксперименте, а в 1910 г. – брюшной и грудной полостей в клинике шведский терапевт Н.С. Jacobaeus. 140 лет со дня рождения исполняется и самому Н. С. Jacobaeus (29.05.1879 – 29.10.1937), который не только выполнил первую оптическую лапароскопию в клинике, но и предложил термин лапаро- и торакокопия. 120 лет назад (1899) начал выполнять вентроскопию (осмотр брюшной полости с помощью осветительных зеркал) русский гинеколог Д.О. Отт. Это было первое в мире эндоскопическое обследование брюшной полости. 115 лет со дня рождения А.М. Аминев (12.08.1904 – 11.02.1984), советского хирурга, автора первых лапароскопических операций в эксперименте и первой отечественной диссертации, посвященной лапароскопии (1939). 95 лет со дня рождения А.С. Логинова (6.02.1924 – 10.11.2000) – гастроэнтеролога, академика РАМН, пионера диагностической лапароскопии, первым в стране выполнившим под контролем лапароскопа холангиографию и цветное фотографирование брюшной полости. 95 лет со дня рождения В.И. Юхтина (15.11.1924 – 7.08.1995) – профессора, заведующего кафедрой общей хирургии педиатрического факультета РГМУ им.Н.И. Пирогова. Клиника в 1970-е годы одной из первых активно внедряла лапароскопию в лечение острого холецистита и панкреатита. 90 лет назад (1929) выполнена первая торакокопическая операция в СССР – торакокаустика, профессором Есиповым К.Д.

(16.08.1874 – 27.03.1935). 90 лет со дня рождения профессора И.Д. Прудкову (18.09.1929 – 14.11.1984), основоположника «хирургической» лапароскопии в нашей стране. 90 лет со дня рождения профессора В.М. Буянова (9.01.1929 – 3.09.1998), заведующего кафедрой общей хирургии РГМУ им. Н.И. Пирогова, лауреата Государственной премии 1988 года в области техники. Клиника внесла большой вклад в развитие диагностической и лечебной лапароскопии в 1980-е годы. 80 лет со дня рождения профессора Ю.И. Галлингера (род. 3.09.1939), автора первой лапароскопической холецистэктомии в СССР (11 января 1991 года). 70 лет со дня рождения профессора А.М. Тимошину (1949), одного из пионеров лапароскопической хирургии в нашей стране. 60 лет назад (1959) в СССР выполнено первое черно-белое фотографирование печени через лапароскоп (Е.Д. Можайский, Ленинград). Вспоминая памятные даты в истории эндоскопической хирургии мы отдаем дань уважения тем людям, которые стояли у истоков или внесли значительный вклад в развитие этого направления хирургии. 2019 год богат на такие даты.

393. Эндоскопическое лечение ахалазии кардии у ранее оперированных пациентов*Шумкина Л.В., Шишин К.В., Недолужко И.Ю.*

Москва

ГБУЗ Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова ДЗ Москвы

Актуальность: Оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе в анамнезе могут являться относительным противопоказанием для выполнения пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ). Ключевым моментом является степень выраженности фиброза в подслизистом пространстве. Цель: Оценить безопасность пероральной эндоскопической миотомии у пациентов, ранее оперированных на кардиоэзофагеальном переходе. Материал и методы: В период с июля 2014 г. по май 2018 г. на базе Московского клинического научного центра

ПОЭМ была выполнена у 123 пациентов, из них 46 (37 %) ранее перенесших оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе. У 41 (89 %) пациентов ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации, 3 (6,5 %) пациента после лапароскопической операции Геллера, 1 (2 %) пациент после ранее выполненной эзофагогастропластики, 1 (2 %) пациент после ранее выполненной ПОЭМ. Результаты: Всем пациентам был выполнен стандартный объем эндоскопической миотомии. Среднее время оперативного вмешательства составило 106 мин (55–195 мин). При оценке степени выраженности фиброза F0 степень была выявлена в 14 (30 %) наблюдениях, F1 – 29 (63 %), максимально выраженный фиброз (F2) выявлен в 3 (6,5 %) наблюдениях у пациентов, которым ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации. У пациентов после операции Геллера и эзофагогастропластики степень выраженности фиброза достигала F1. В группе первичных пациентов F0 степень была выявлена в 27 (35 %) наблюдениях, F1 – 46 (60 %), максимально выраженный фиброз (F2) выявлен в 4 (5 %). Интраоперационных осложнений не отмечалось. При рентгенологическом исследовании с водорастворимым контрастным веществом в первые сутки признаков нарушения эвакуации и затеков за пределы пищевода выявлено не было. Средний послеоперационный койко-день составил два дня. Выводы: Оперативные вмешательства по поводу ахалазии кардии в анамнезе не являются противопоказанием к выполнению ПОЭМ.

394. Локрегиональная цитокиноterapia у больных с острым холециститом, после холецистэктомии из минидоступа

*Блинова Н.П. (1,2), Баранов А.И. (1),
Алексеев А.М. (1), Валиахмедова К.В. (2)*

Новокузнецк

- 1) НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,
- 2) ГАУЗ КО НГКБ №1

Актуальность: Проблема инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) в неотложной абдоминальной хирургии имеет большое социально-экономическое значение и требует разработки новых методов профилактики. Среди всех инфекционных осложнений, развивающихся у хирургических пациентов, на долю ИОХВ приходится около 40 %, две трети из которых связаны с областью операционного разреза и одна треть затрагивает орган или полость. Развитие ИОХВ приводит к увеличению сроков нахождения пациента в стационаре и стоимости госпитального лечения. Цель нашего исследования: оценить влияние препаратов рекомбинантного интерлейкина-2 на течение раневого процесса у больных, после холецистэктомии из минидоступа. **Материалы и методы:** В наше исследование были включены 42 больных острым холециститом оперированных в МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» в период с 2016 по 2017 г. Критерии включения: больные, оперированные в объеме холецистэктомии из минидоступа и больные с высоким риском развития ИОХВ в послеоперационном периоде (III и IV класс раны по Крузе). Среди них женщин было 14 (34,1%), мужчин – 28 (65,9%). Возраст больных составлял от 46 до 90 лет. Средний возраст 71,5±12,4 лет. ИМТ пациентов составлял от 28 до 48 кг/м². Средний ИМТ 33,7±5,9 кг/м². Сопутствующую сердечно-сосудистую патологию имели 22 (53,7%) пациента, патологию дыхательной системы – 1 (2,4%) пациентов, эндокринные нарушения (сахарный диабет) – 2 (4,9%), другую сопутствующую патологию – 6 (14,6%) пациентов. Среднее время операции составило 108,5±19,5 минут. Средний койко-день 10,2±3,8 дней. Пациенты были разделены на две группы: 1. Больные, которым в послеоперационном периоде проводилась местная цитокиноterapia – 20 (48%). 2. Больные, которым цитокиноterapia не проводилась – 22 (52%). Исследуемые группы были

сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длине доступа, по сопутствующим заболеваниям, ASA, типу операции, длительности операции. АБ терапия не проводилась. На 1-е и 3-е сутки послеоперационного периода осуществлялось введение рИЛ-2 в края операционной раны. На 1, 3 и 5-е сутки послеоперационного периода проводилась оценка признаков воспаления (гипертермия, боль, отек, гиперемия, инфильтрация). Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием прикладных статистических программ «BIOSTAT» и «IBM SPSS Statistic 19.0». При анализе данных на нормальность распределения использовался непараметрический критерий Колмогорова-Смирнова. При сравнении групп использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. При уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми. Результаты и их обсуждение: При сравнении исследуемых групп выявлены достоверные различия в макроскопической картине операционной раны на 1, 3 и 5-е сутки послеоперационного периода ($p=0,0002$). Дальнейший анализ выявил, что макроскопические признаки воспаления были выражены в меньшей степени в группе с введением рИЛ-2 по сравнению с группой без введения рИЛ-2 ($p=0,0003$). Выводы: 1. Местное введение препаратов рИЛ-2 способствует благоприятному течению раневого процесса у оперированных больных с высоким риском развития ИОХВ, уменьшает выраженность местных признаков воспаления раны. 2. Представляется возможным использование препаратов рИЛ-2 для профилактики инфекций области хирургического вмешательства.

395. Научные труды по холодовой травме. Что хранят фонды научных библиотек. Результаты предварительного исследования

*Соколов В.А., Кабанов П.А., Степаненко А.А.,
Гусев М.Ю.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова

В эпоху интернета актуальность приобретает корректное изложение вопросов истории и персонального вклада ученых в разработку различных разделов медицины, одним из разделов которой, является термическая травма. Однако, анализ публикаций свидетельствует, что во многих работах допускаются ошибки в изложении отдельных вопросов, неточности имен и фамилий исследователей, а список используемой литературы часто содержит не полные библиографические сведения. Кроме того, в российской научной периодике имеются лишь немногочисленные публикации, касающиеся истории медицины в целом и отдельных узких специальностей в частности. Поэтому, в практику вошло переписывание фрагментов монографий изданных на русском языке в 1930-1980 годах, без тщательного изучения излагаемых фактов. Еще одним широко используемым источником стал Интернет. Но и там, на большинстве сайтов, представленная информация далека от исторической достоверности. В связи с этим, авторы доклада изложили результаты исследования ряда первоисточников по холодовой травме. Последние находятся в фондах Центральной научной медицинской библиотеке г. Москвы и Фундаментальной библиотеке Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Представлена их тематика и выводы, к которым пришли исследователи во время работы. Подчеркнута значимость академии как одного из ведущих научно-методических центров Российской Империи в XIX веке. Поэтому доступность современной научной информации в Интернете должна лишь дополнять активную работу ученых в фондах медицинских библиотек как у нас в стране, так и за ее пределами.

396. Опыт эндоскопического лечения желудочно-кишечных кровотечений верхних отделов ЖКТ*Воронков Д.Е. (1), Михайличенко В.Ю. (1,2)*

Симферополь

- 1.) ГБУЗ РК "Симферопольская ГКБ №7"
- 2.) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ (пищевод, желудок, ДПК) являются одной из нерешенных проблем urgentной хирургии. Летальность при операциях на высоте кровотечения колеблется от 20 до 40%. Эти данные побуждают к поиску надежных способов остановки кровотечения. На сегодняшний день эндоскопические методы исследований играют ведущую роль в диагностике и лечении кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Эффективность эндоскопического гемостаза (ЭГ), по данным литературы, при наличии кровотечений из язв желудка и ДПК колеблется в пределах 53,8%-97,6%, с рецидивами от 5 до 46,2%. Эффективность эндоскопической остановки кровотечения зависит от локализации и характера дефекта, интенсивности кровотечения. Так, в случаях активного кровотечения при язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, хронической каллезной язве желудка эффективность ЭГ достигает 41-78% с рецидивами до 25-40%, при других локализациях – 88-95%, рецидивы 6-14%. За 2014-2018 в отделении хирургии ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7» находились на лечении 157 больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Всем пациентам при поступлении выполнялось эндоскопическое исследование. Мужчин было 95, женщин 62. Лечебно-диагностические

видеоэзофагогастродуоденоскопии проводились эндоскопом FUJINON EG- 530 FP. Для оценки интенсивности кровотечения использовали классификацию кровотечений по Forrest: 1. Кровотечение активное: 1А – струйное; 1В – капиллярное; 1С – из-под тромба, сгустка. 2. Кровотечение остановившееся: 2А – тромбированный сосуд; 2В – фиксированный сгусток; 2С – мелкие тромбированные сосуды. 3. Кровотечение полностью остановившееся: 3А – язвенный дефект под слоем фибрина; 3В – язвенный дефект без фибрина. 4. Источник

кровотечения не выявлен. Данная классификация позволяет адекватно оценить интенсивность кровотечения и определить возможности его рецидива, а, следовательно, выбрать необходимую тактику лечения. Активное кровотечение (Ia-Ib-Ic) наблюдалось у 10 больных, остановившееся с угрозой рецидива (IIaIIb-IIc) у 102, полностью остановившееся (IIIa-IIIb) у 45. Для эндоскопического гемостаза нами были использованы следующие методы: эндоскопическое клипирование, аппликация источника кровотечения аминокaproновой кислотой, аргонплазменная коагуляция на аппарате BOWA 350, инъекционная терапия (введение в подслизистый слой раствора адреналина), комбинация этих методов. Эффективность при применении выше приведенных методов или их комбинации наблюдалась у 133 пациентов. Рецидивы кровотечений наблюдались у 18 больных, которым проводился повторный гемостаз. В экстренном порядке прооперированны 6 человек с продолжающимся профузным кровотечением (2 случая Синдрома Дъелафау, 4 случая кровотечения из хронических язв ДПК). Летальных исходов было 3 у экстренно оперированных больных из-за декомпенсации по сопутствующим заболеваниям. Выводы: 1. Эффективность эндоскопической остановки кровотечения определяется локализацией и характером язвы, интенсивностью кровотечения, применяемыми методами эндоскопического гемостаза. 2. Комбинация вышеперечисленных методов эндоскопического гемостаза позволяет повысить их эффективность и снизить количество рецидивов кровотечений. 3. Наряду с проведением эндоскопического гемостаза целесообразно использование комплексной противоязвенной терапии. 4. Комбинированное эндоскопическое лечение желудочно-кишечных кровотечений позволяет снизить процент экстренных операций, сопровождающихся высокой летальностью.

397.Современные технологии в диагностике и выборе хирургического метода лечения доброкачественных гормонально-активных новообразований надпочечников

Василевич А.П., Кондратенко Г.Г., Куделич О.А., Неверов П.С

Республика Беларусь, Минск

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Своевременная диагностика гормонально-активных новообразований надпочечников (ГАНН) и выбор метода их рационального хирургического удаления являются одним из ключевых вопросов эндокринной хирургии. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 130 пациентов с ГАНН в хирургических отделениях УЗ «10-я ГКБ» г. Минска. Среди клинко-морфологических форм ГАНН преобладала альдостерома – 53 (41%) наблюдения, феохромоцитома – 48 (37%), кортикостерома – 29 (22%). Левосторонняя локализация НН выявлена у 52% пациентов, правосторонняя у – 42% ($p < 0,05$). У 7 пациентов имело место двустороннее поражение надпочечников. Средний возраст составил $46,7 \pm 12,5$ лет. Женщин было в 3 раза больше, чем мужчин. В зависимости от вида хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы сравнения. Контрольную группу (КГ) составили 65 пациентов, которым адреналэктомия выполнялась открытым люмботомическим доступом. Пациентам ($n=65$) опытной группы (ОГ) выполняли эндовидеохирургические адреналэктомии: ретроперитонеоскопическую задним доступом ($n=55$) и лапароскопическую ($n=10$). Результаты и обсуждения. Клиника альдостерон продуцирующих опухолей соответствовала синдрому Конна и проявлялась артериальной гипертензией (АГ) у 50 (95%) пациентов, нейромышечным синдромом (мышечная слабость, судороги, парестезии) у 30 (57%), затем аритмиями (12%), почечный синдром (полиурия, никтурия) – у 5% пациентов. Гипокалиемия была выявлена у 53,5% пациентов, гипернатриемия – у 30%. Уровень альдостерона в крови был выше нормы в 3 раза. Индекс соотношения уровня альдостерона к активности ренина плазмы был > 50 . Клинические проявления кортизол продуцирующей опухоли были довольно специфичными: АГ, центрипетальный тип

ожирения, багрово-красного цвета стрии на передней поверхности туловища; быстрая утомляемость и атрофия мышц, гирсутизм; остеопороз; психические нарушения (вплоть до суицидальных попыток) – в 3 (13%). Уровень кортизола плазмы крови превышал норму в 3 раза. Основными клиническими симптомами феохромоцитомы были: АГ и развитие характерных гипертонических кризов с ознобом (81,4% пациентов), гиперемией лица, тремором рук. Концентрации метанефрина и норметанефрина в плазме трехкратно превышали норму. У 3 (7%) пациентов болезнь протекала бессимптомно (гистологически подтвержденная феохромоцитома). Группы сравнения пациентов были сопоставимы по полу и возрасту, клинко-морфологическим формам заболевания. Продолжительность оперативного вмешательства в КГ составила $116,9 \pm 63$ минут, а в ОГ – $147,6 \pm 70$ ($p < 0,006$). В ОГ у 4 (8%) пациентов развился пневмоторакс, и ещё у 2-х потребовалась конверсия, в связи с развившемся кровотечением. После открытой адреналэктомии в КГ у 11(17%) пациентов развились осложнения со стороны операционной раны. Релаксация передней брюшной стенки была отмечена у 8(12,3%) пациентов из КГ, в ОГ только у 1 пациента имел место локальный парез мышц живота. Длительность назначения анальгетиков после адреналэктомии был достоверно короче у пациентов ОГ- 4 ± 2 дня, чем у пациентов КГ – $8,7 \pm 3,8$ дня ($p < 0,05$). Средняя длительность лечения в КГ составила $16,7 \pm 4,2$ дней, а в ОГ – 7 ± 3 дней ($p < 0,05$). Выводы и рекомендации. 1. Хирургическое лечение пациентов с ГАНН должно проводиться в специализированных клиниках, где доступны современные методы диагностики и имеется необходимое оснащение и подготовленные высококвалифицированные кадры. 2. При феохромоцитоме мы рекомендуем выполнять лапароскопическую адреналэктомию, особенно при правосторонней локализации, что обусловлено размером опухоли ($> 5\text{см}$), оптимальным оперативным пространством и возможностью прямого выхода на центральную вену надпочечника для её клипирования. 3. При кортикостероме и выраженном остеопорозе позвоночника рекомендуем заднюю ретроперитонеоскопическую адреналэктомию, т.к. укладка пациента прямо на живот позволяет исключить нагрузку на позвоночник и ребра. 4. Альдостерому можно удалять любым эндохирургическим методом с учетом технических возможностей у конкретного пациента.

398. Выбор метода декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой, осложненной печеночной недостаточностью

Байчоров Э.Х., Курмансеитова Л.И., Щеглов В.В.,
Кульчаева А.И., Хациев Б.Б., Махов З.Д.,
Татаршао М.Х.

Ставрополь

Клиника эндоскопической и малоинвазивной
хирургии СтГМУ

Цель исследования: основной причиной, ухудшающей ранний прогноз хирургического лечения больных с механической желтухой различного генеза, как правило, является прогрессирующая печеночная недостаточность. В работе представлены результаты декомпрессии желчных протоков при механической желтухе злокачественного и доброкачественного генеза на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности. Ключевые слова: механическая желтуха, наружное желчеотведение, антеградное билиарное стентирование. Материалы и методы: С октября 2011 года по январь 2019 года на стационарном лечении в клинике находились 1262 больных с механической желтухой различного генеза на фоне печеночной недостаточности, II-III степени по Чайлд-Пью, переведенных из лечебных учреждений Ставропольского края и Северо-Кавказского федерального округа. Всем пациентам выполнялась магнитно-резонансная панкреатикохолангиография. В зависимости от вида выполненных декомпрессивных малоинвазивных вмешательств, все пациенты с механической желтухой были разделены на две группы. Первую группу составили 472 (38%) пациента у которых использовались антеградные чрескожные чреспеченочные методики декомпрессии желчных протоков. Вторую группу составили 790 (62%) больных, которым применялись эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке. Результаты: 472 пациентам 1-й группы с применением рентгенхирургических технологии и ультразвуковой навигации выполнено наружное дренирование печеночных протоков одним или двумя дренажами, что в 100% случаев позволило выполнить адекватную декомпрессию желчных протоков. Осложнениями наружного желчеотведения внутривнутрипеченочных протоков у пациентов с механической желтухой были: полная дислокация дренажа с желчеистечением в

брюшную полость-1 (0,21%) случай; выраженная гемобилия с формированием сгустков в просвете желчных протоков - 1 (0,21%) наблюдение; формирование биломы и внутрибрюшное кровотечение отмечено по одному случаю (0,21%). Летальных исходов в стационаре в раннем послеоперационном периоде не было. Общее количество послеоперационных осложнений наружной холангиостомии составило 4 (0,84%) случая. Ни одно из осложнений не явилось причиной выполнения открытого хирургического вмешательства. В одном случае выполнена лапароскопия с коагуляцией места входа пункционного канала в печень. После выписки из стационара на 3-7 сутки при наружном желчеотведении отмечен один случай летального исхода, что составило 0,21%. Причиной смерти явилось прогрессирование печеночной недостаточности у больного с опухолью Клацкина. В 790 наблюдений (2-я группа), у пациентов была выполнена декомпрессия желчных протоков при помощи эндоскопических ретроградных методов с развитием следующих постманипуляционных осложнений: острый панкреатит – 4 (0,51%) наблюдения; перфорация 12-перстной кишки и общего желчного протока - 3 (0,38%) случая; кровотечение из места рассечения большого дуоденального сосочка – 3 (0,38%) наблюдения и желудочное кровотечение отмечено у одного больного (0,13%). Общее число послеоперационных осложнений при эндоскопической ретроградной декомпрессии составило 16 (2,02%). Послеоперационная летальность составила 0,63%, умерло 5 больных. Выводы: Основными преимуществами антеградного способа декомпрессии желчных протоков являются: возможность выполнить декомпрессию практически во всех случаях, независимо от уровня и протяженности билиарного блока; не требуется рассечения большого дуоденального сосочка, чревато тяжелыми осложнениями; отсутствует прохождение инструментария через опухолевую ткань; при выполнении в последующем радикального оперативного вмешательства чрескожная холангиостома выполняет функцию «страховочного дренажа». Малоинвазивные технологии декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой на фоне печеночной недостаточности являются методом выбора оперативного лечения, сопровождающиеся низким процентом осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде. Вопрос выбора анте- или ретроградного метода

декомпрессии желчных протоков требует дальнейшего изучения.

399. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у больных деструктивными формами острого аппендицита и его осложнениями

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
кафедра и клиника факультетской хирургии имени
С.П. Федорова

Актуальность. Трудности верификации деструктивного аппендицита и его осложненных форм обусловлены неоднородностью воспалительного процесса, манифестирующим разными клиническими проявлениями, которые часто не соответствуют интраабдоминальным изменениям, что приводит к ошибочной диагностике. Поэтому выбор лечебной тактики должен основываться на достоверных диагностических критериях. Материал и методы. Исследование включало 2 группы пациентов: ретроспективную – 580 больных деструктивным и осложненным аппендицитом, подтвержденными гистологическим исследованием и проходивших лечение с 2006 г. по 2012 г., и проспективную из 408 лиц, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит (ОА) с 2013 г. по 2016 г. Обследование и лечение больных проводилось согласно клиническим рекомендациям с принятыми в клинике факультетской хирургии имени С.П. Федорова дополнениями. Критерии, полученные при анализе результатов диагностики и лечения в ретроспективной группе, явились основой для оптимизации лечебно-диагностического алгоритма, апробация которого проведена в проспективной выборке. Результаты. Чувствительность клинико-лабораторного обследования в ретроспективной группе составила 82,6%. Основанием диагностики деструктивного аппендицита с типичной манифестацией являлось выявление не менее 3-х признаков: болевого синдрома, болезненности при пальпации в правой

подвздошной области, симптома Кохера, тошноты и/или рвоты, лейкоцитоза $> 11 \times 10^9/\text{л}$ с нейтрофилезом $> 75\%$. Осложненные формы характеризовались длительностью симптоматики > 2 -х суток, повторной рвотой, усилением и расширением зоны болевого синдрома, гипертермией $> 37,50^\circ\text{C}$, положительными перитонеальными симптомами, пальпируемым инфильтратом и лейкоцитозом $> 13 \times 10^9/\text{л}$. Применение ультразвукового исследования (УЗИ) повысило информативность обследования до 86,0%. Изучение данных эхосонаграфии позволило уточнить прямые ультразвуковые критерии (увеличение диаметра червеобразного отростка > 6 мм, утолщение его стенки > 2 мм, ригидность), характерные для неосложненных форм, и косвенные (инфильтрация периаппендикулярных тканей, свободная жидкость, дилатация тонкой кишки, отграниченное полостное образование) для осложненных форм. Лапароскопия, использовавшаяся у лиц с неясной клинической картиной и неинформативной эхосонаграфией, позволила уточнить диагноз и определить целесообразность аппендэктомии. Апробация всех критериев с рутинным УЗИ в проспективной группе свидетельствовала о повышении диагностики до 88,3%, а при использовании лапароскопии в 100%. Эффективность алгоритма проявлялась при плотном АИ, периаппендикулярном абсцессе и разлитом перитоните с дилатацией тонкой кишки, которые диагностированы в 100%, что определило выбор консервативной терапии без предшествующей лапароскопии, диапневтического дренирования и лапаротомии соответственно. Осложнения лечения в ретроспективной группе были у 7,1% больных. Предпочтительным вариантом лечения являлись минимально инвазивные методы, которые, по сравнению с открытыми операциями, сопровождалась достоверно меньшим уровнем технических сложностей (13,9% и 23,0%), интра- (3,4% и 3,9%) и послеоперационных осложнений (1,9% и 12,4%). Уточнена целесообразность дренирования брюшной полости и антибактериальной терапии после ЛАЭ при осложненных формах ОА, тогда как при неосложненном течении антибиотики после операции назначались при пожилом возрасте, сопутствующей патологии и ретроцекальном/ретроперитонеальном расположении ЧО. Приоритетное применение лапароскопического и диапневтического метода, доля которых в проспективной группе увеличилась с 45,9% до 88,0% и 1,7% до 3,0% соответственно, снизило частоту послеоперационных осложнений

до 2,0% при отсутствии летальности. Выводы. Использование протокола, включающего информативные клиничко-лабораторные критерии и рутинное УЗИ, улучшает результаты диагностики и лечения больных деструктивным и осложненным аппендицитом, снижая частоту послеоперационных осложнений при отсутствии летальных исходов и «напрасных» аппендэктомий.

400. Как улучшить результаты лечения пациентов колоректальным раком, осложненным непроходимостью

*Леонтьев А.В., Забровская Л.В.,
Сазонов В.В., Тен Д.А.*

Москва

ГБУЗ Городская клиническая больница № 51
Департамента здравоохранения Москвы

Актуальность: В структуре онкологической заболеваемости и смертности в России колоректальный рак занимает лидирующие позиции, уступая раку легких у мужчин и злокачественным опухолям молочной железы у женщин. В Москве ежегодно диагностируется около 5400 новых случаев колоректального рака. Одна треть из которых - пациенты с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью. Несмотря на внедренную в Москве маршрутизацию данной категории пациентов в специализированные стационары, среди «ургентных хирургов» и онкологов нет четких и единых представлений о тактике лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью. Материал и методы: Нами были ретроспективно проанализированы результаты лечения 87 пациентов колоректальным раком, осложненного опухолевой непроходимостью. В настоящее время мало подвергается дискуссии стратегия двух этапного лечения. 26 (29,8%) пациентам кишечная непроходимость была ликвидирована при помощи колоректального стентирования опухолевого стеноза. 61 (70,2 %) больной был оперирован в объеме формирования петлевой колостомы. Из которых 32 (52,5 %)

больных были оперированы бригадой «ургентных хирургов» и 29 (47,5%) пациентов врачами колопроктологического отделения ($p > 0.05$). Полученные результаты, обсуждение: На основании анализа получены следующие результаты: 1. Пациент с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью рассматривается ургентными хирургами, как обычный хирургический пациент. Однако больные колоректальным раком, осложненным непроходимостью – особая группа онкологических пациентов с белково-энергетической недостаточностью различной степени и высоким риском тромботических осложнений. Только 23 (24,1 %) пациентам проводилась специфическая коррекция белково-энергетической недостаточности. 5 (6,2%) пациентов получали специфическую профилактику ТЭЛА. 2. Нет четких клинических рекомендаций о сроках проведения радикальных хирургических вмешательств. А ведь стратегия двух этапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости была разработана с целью минимизации развития хирургических осложнений и быстрого проведения радикальной операции. Средний срок проведения радикальной операции с момента ликвидации кишечной непроходимости составил 56 ± 13 суток. 3. У 3 (11,5 %) пациентов после колоректального стентирования при длительном ожидании (более месяца) проведения радикальной операции было выявлено развитие местного канцероматоза. 4. У 6 (18,75%) пациентов оперированных бригадой «ургентных хирургов» и у 1 (3,4) больного были выявлены гнойно-септические парастомальные осложнения ($p < 0,05$). Среди хирургов нет единых представлений о хирургической технике формирования кишечной стомы с целью ликвидации непроходимости, что зачастую приводит к развитию парастомальных осложнений. Ликвидация которых требует длительного времени и отсрочивает радикальную операцию или комбинированное лечение, в свою очередь, приводя к ухудшению онкологических результатов. Выводы: Пациенты колоректальным раком, осложненным непроходимостью, должны рассматриваться как онкологические больные, требующие нутритивной поддержки и профилактики ТЭЛА с момента постановки диагноза. Необходимо определение точных сроков проведения радикальной операции или комбинированного лечения после ликвидации кишечной непроходимости. Полное комплексное (клиническое и морфологическое) обследование пациентов должно быть проведено во время госпитализации по ликвидации кишечной

непроходимости. Должны быть четкие клинические рекомендации по технике формирования кишечной стомы с целью профилактики развития парастомальных осложнений. Решение выше описанных вопросов позволит улучшить результаты лечения пациентов колоректальным раком, осложненным непроходимостью.

401. Применение лазерной субмукозной деструкции геморроидальных узлов в лечении хронического геморроя

Засорин А.А.(1), Адмайкин Г.П.(2)

Екатеринбург

ГБОУ ВО УГМУ(1),

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Свердловск-пассажирский» ОАО РЖД(1,2)

Ведение. Проблема лечения геморроидальной болезни, несмотря на многовековую историю остается актуальной. На современном этапе развития медицинской науки наибольшее распространение получают лечебные методы, позволяющие устранить симптомы геморроидальной болезни в короткие сроки. Одним из таких методов является лазерная субмукозная геморроидопластика (LHP). За рубежом данная методика используется с 2006 года и является одной из основных в лечении хронического геморроя. В Российской Федерации данный метод стал использоваться сравнительно недавно. Принцип лечебного воздействия заключается в точечном доступе к ткани геморроидальных узлов и денатурация их путем воздействия лазерной энергии. Материалы и методы. В НУЗ «Дорожная больница на станции Свердловск-Пассажирский» ОАО РЖД методика лазерной субмукозной деструкции геморроидальных узлов стала применяться с 2018 года. Показанием к применению данного лечебного метода был хронический геморрой 3 стадии. Было пролечено 16 пациентов, средний возраст составил 51,5±8,1 год, из них 7(44,8%) мужчин и 9(56,2%) женщин. Предоперационная подготовка проводилась очистительными клизмами. Вмешательство

проводилось под спинальной анестезией. Для лазерной геморроидопластики нами использовался аппарат «ИРЭ-Полус» с излучением 1360 нм и мощностью 8 Вт. Первым этапом выполняется трансдермальный прокол кожи световодом с проведением его в параректальную клетчатку. Далее световод проводится под контролем лазерного излучения в подслизистом слое внутри геморроидального узла, и выполняется его деструкция. При выполнении деструкции световод удаляется по сектору воздействия в активном режиме. Визуальный эффект проявляется уже во время вмешательства в виде уменьшения объема узла примерно в 1,5-2 раза. Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 20,2±7 минут. Все пациенты были выписаны из стационара на вторые сутки пребывания, осложнений не наблюдалось. При оценке болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале было получено 2-3 балла. Возвращение к трудовой деятельности наступало на 5,5±3,5 дня. При проведении контрольного осмотра в сроки 1 и 3 месяцев рецидивов заболевания не выявлено. Заключение. Метод лазерной субмукозной деструкции геморроидальных узлов является перспективным в лечении геморроидальной болезни, который позволяет полностью устранить симптомы заболевания и вернуть трудоспособность пациентам в ранние сроки.

402. Первый опыт лапароскопического лечения паховых грыж

Полянцев А.А.(1), Иевлев В.А.(1), Землянская А.В.(2)

Волгоград

- 1) Волгоградский государственный медицинский университет
- 2) ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1»

Актуальность. Частота паховых грыж в популяции, по данным зарубежных и отечественных авторов, варьирует от 1 до 5%. Среди мужчины эта патология встречается в 8-10 раз чаще, чем у женщины.

Паховые грыжи составляют 75% всех грыж передней брюшной стенки. Последние несколько лет все большее предпочтение отдается эндоскопическому лечению паховых грыж. Материал и методы. В клинике общей хирургии ВолГМУ на базе ГБУЗ «ВОКБ№1», начиная с сентября 2017г по настоящее время, нами выполнено 68 трансабдоминальных преперитонеальных пластик (ТАРР) у 62 пациентов. У 4 грыжи носили рецидивный характер. У 6 пациентов грыжи были двухсторонней локализации. В трех случаях у пациентов имелась желчнокаменная болезнь и им была выполнена ТАРР+ЛХЭ. У 5 больных паховые грыжи сочетались с пупочными. Мужчин среди оперированных больных было 56, женщин – 6 человек. Возраст больных колебался от 19 до 83 лет и в среднем составил 54 года. Во всех случаях для протезирования использовалась отечественная полипропиленовая сетка «Эсфил», стандартная, размером 10х15 см. Сетку не раскраивали, углы закругляли. Фиксацию протеза осуществляли герниостеплером отечественной фирмы «РРР». Целостность брюшины восстанавливали непрерывным обвивным интракорпоральным швом. Все больные осматриваются спустя 3, 6 месяцев и 1 год. Полученные результаты. Средняя продолжительность операции при односторонней локализации составила 75 ± 20 мин, при двухсторонней 135 ± 20 мин. Активизация больных происходила через сутки. Средний послеоперационный койко-день составил 3 ± 1 . Осложнения в послеоперационном периоде выявлены у 5 пациентов: у 3 в виде образования сером в паховой области и у 2 больных появление гематом мошонки. В одном случае гематома мошонки пунктирована под УЗИ навигацией. В остальных наблюдениях проводилось консервативное лечение с положительной динамикой. За всеми пациентами осуществляется динамическое наблюдение. Спустя 6 месяцев после операции у больных прекращается охранительный режим. Рецидива грыж в настоящее время не выявлено. Болевой синдром, ощущение инородного тела больных не беспокоят. Выводы и рекомендации. Применение лапароскопического метода герниопластики позволяет значительно сократить послеоперационный койко-день. Минимальная операционная травма и ранняя активизация позволяет оперировать больных пожилого и старческого возраста в плановом порядке. Эндоскопическая техника снижает болевые ощущения и дискомфорт в послеоперационном периоде и способствует

быстрой реабилитации больных трудоспособного возраста.

403. Результаты эндоскопического стентирования больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза

*Бокарев М.И. (1), Мамыкин А.И. (1),
Мунтяну Е.В. (1), Водолеев А.С. (2),
Кряжев Д.Л. (2), Королев А.И. (1),
Демьянов А.И. (1)*

Москва

1. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
2. ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

Актуальность. Колоректальный рак (КР) занимает 3 место по встречаемости среди злокачественных онкологических заболеваний. Пациенты, страдающие КР, часто поступают в стационар в тяжелом состоянии и с грозными осложнениями, которые требуют неотложной медицинской помощи. Острая толстокишечная непроходимость (ОТЛКН) – жизнеугрожающее осложнение КР. Традиционно для лечения больных с ОТЛКН используют операцию, однако результаты хирургического лечения не приносят полного удовлетворения. Высокий уровень летальности и послеоперационных осложнений заставляет искать альтернативные способы лечения таких пациентов. Малоизученным способом лечения больных ОТЛКН опухолевого генеза является эндоскопическое стентирование обтурированного сегмента кишки саморасширяющимся металлическим стентом. Считается, что этот способ позволяет снять «остроту» клинической ситуации, выиграть время для дообследования и подготовки больного к выполнению радикального хирургического вмешательства в более выгодных условиях. Цель исследования. Оценить результаты эндоскопического стентирования больных с ОТЛКН опухолевого генеза. Материалы и методы. На базе ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ было проведено ретроспективное изучение результатов эндоскопического стентирования больных с ОТЛКН

опухолевого генеза за период 2016-2018 годов. Для стентирования использовали различные типы металлических саморасширяющихся стентов. Все стентирования были выполнены эндоскопически, с рентгеноскопическим контролем, без баллонной дилатации опухолевой стриктуры. В исследование вошло 138 пациентов с ОТЛКН опухолевого генеза, которым было выполнено колоректальное стентирование. Из них 60 (43,5%) - мужчины, 78(56,5%) – женщины. Средний возраст больных – 69,8 лет. Средняя длительность кишечной непроходимости- 4 дня. По локализации уровня опухолевого стеноза - слепая кишка- 2 (1,4%), восходящая ободочная кишка- 5(3,6%), печеночный угол- 6(4,3%), поперечная ободочная кишка- 9 (6,5%), селезеночный изгиб ободочной кишки-12(8,8%) , нисходящая ободочная кишка- 8 (5,8%), сигмовидная кишка-70(50,8%), ректосигмоидный переход- 13(9,4%), прямая кишка-13(9,4%). Результаты. Попытка эндоскопического стентирования была предпринята у 146 больных, однако технически выполнимой она оказалась только у 138 пациентов, что составляет 94,5%. Клинический успех был зафиксирован в 128 наблюдениях, что составляет 92,7 % от всех стентированных пациентов. Осложнения после стентирования были отмечены в 15 (10,9%) наблюдениях. В ряде случаев имело место сочетание экстраабдоминальных и стент-ассоциированных осложнений. Осложнения, связанные непосредственно с процедурой стентирования, зафиксированы у 10 (7,2%) больных. В 3 (2,2%) наблюдениях произошла перфорация толстой кишки выше обтурированного участка кишечной трубки. У 3 (2,2%) пациентов произошла перфорация опухоли. В 3 (2,2%) случаях эндоскопическое стентирование не привело к декомпрессии кишечника. У 1(0,7%) больного произошла миграция стента, что потребовало выполнение операции. Развитие внебрюшинных осложнений отмечено в 10 (7,2%) наблюдениях. У 1 (0,7%) пациента развился острый инфаркт миокарда, в 8 (5,8%) случаях отмечено развитие пневмонии. У 2 (1,4%) пациентов была выявлена массивная тромбоэмболия легочной артерии, язва 12 п.к. с кровотечением диагностирована у 2 (1,4%), тромбоз глубоких вен нижних конечностей выявлен у 1 (0,7%), острый пиелонефрит 2(1,4%) пациентов. Умерло 5 (3,6%) больных. Выводы. Эндоскопическое колоректальное стентирование является приемлемым способом ликвидации ОТЛКН опухолевого генеза, использование которого сопровождается развитием осложнений у 10,9% больных, а уровень летальности не превышает 3,6%.

404.Преимущества малоинвазивных вмешательств под сонографическим контролем при гнойных процессах в молочной железе

Шестопалова А.Д.

Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького»,
кафедра хирургии ФИПО

Актуальность: Острый мастит достаточно серьезная социально-медицинская проблема. Деструкция паренхимы молочной железы (МЖ) не всегда протекает однотипно с формированием солитарных гнойников, отсутствие топографо-анатомической информации о динамике гнойного процесса затрудняет диагностику и проведение лечения. Хирургическое лечение абсцесса МЖ без точной локализации гнойника - инвазивная процедура с неудовлетворительными функциональными и косметическими результатами, которые влияют на психологическое состояние и социальную адаптацию пациенток. Материал и методы: Проанализирован опыт диагностики и лечения 93 женщин с гнойным маститом (ГМ). У всех пациенток была проведена комплексная диагностика патологических изменений МЖ с применением клинических (расспрос, осмотр, пальпация, получение выделений из сосков), лабораторных, бактериологических, лучевых и морфологических методов исследования. Наряду с традиционной эхоскопией был проведен ультразвуковой контроль с диагностическими и лечебными малоинвазивными вмешательствами (МИВ). Для выяснения лечебной эффективности МИВ были сформированы 2 группы пациенток с ГМ — основная (n=52) и контрольная (n=41). В контрольной группе выполняли традиционные операции (радиальные разрезы). В основной группе проводили пункцию под эхографическим контролем по методу «free hand». Использовался истинно пункционный (размер абсцесса до 5см в диаметре и объем до 150мл) или пункционно-дренажный метод. Результаты и обсуждение: В контрольной группе 41 пациентка перенесла традиционные операции в виде радиальных разрезов, в основной 52 женщинам - МИВ под эхографическим контролем. Солитарные абсцессы были обнаружены у 42 женщин основной группы, мультицентричные абсцессы – у 10. Оперативное лечение проводилось на 7-9 сутки от начала

заболевания. Ориентируясь на морфо-сонографические свойства абсцессов, в 45 случаях была произведена пункция без дренирования, у 7 больных применили пункционно-дренажный способ. Средняя емкость гнояников, которая была установлена после пункции, составляла $45 \pm 3,8$ мл. При сравнительном анализе МИВ под эхографическим контролем с традиционными было выявлено значительное отличие первых в минимизации объема удаляемой ткани, в сокращении длительности лечения до $12,7 \pm 0,6$ дня и в неудовлетворительных косметических результатах ($1-1,9 \pm 1,9\%$). МИВ под контролем диагностического ультразвука статистически ($p < 0,05$) отличались низким количеством рецидивов и послеоперационных осложнений ($3-5,8 \pm 3,2\%$), необходимостью повторных госпитализаций ($2-3,8 \pm 2,7\%$) и операций ($3-5,8 \pm 3,2\%$). В случаях рецидивов и осложнений при МИВ повторно проводили пункцию и, в зависимости от динамики опорожнения полости, решался вопрос об установлении дренажа. Причинами трудностей при проведении МИВ и необходимостью повторных операций являлись резистентная микрофлора в полости, густое гнойное содержимое, многокамерная полость, в которой аспирирована только поверхностная часть, или специфическая сопутствующая патология (туберкулез, ВИЧ, воспалительная карцинома или вторичный иммунодефицит). Выполнение пункции гнойника с толстыми, плотными, ригидными пиогенными оболочками с гипергрануляциями не позволяло ликвидировать полость полностью, но способствовало ослаблению острой воспалительной реакции, уменьшению размера абсцесса и в дальнейшем выполнению малотравматичной, органосохраняющей операции. Боль купировали приемом анальгетиков. При сохранении полости гнойника или скопления сгустков крови в ней проводились дополнительные пункции с аспирацией содержимого и промыванием раствором антибактериальных и гемостатических средств. Инфицирование окружающих тканей предупреждали пероральным приемом антибиотиков. Выводы: Результаты хирургического лечения мастита зависели от давности заболевания, морфо-сонографических свойств гнойника и адекватности оперативного доступа. Применение малоинвазивных вмешательств при гнойном мастите характеризуется минимальной травматизацией тканей, низким количеством рецидивов и послеоперационных осложнений.

405.Закрытая травма поджелудочной железы: особенности маршрутизации, диагностики и лечения.

*Щеголев А.А. (1,2), Чевокин А.Ю. (2,1),
Товмасын Р.С. (1,2), Мурадян Т.Г. (1),
Шейхов Т.Г. (1)*

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2. ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы (ППЖ) при закрытой абдоминальной травме у взрослых встречаются достаточно редко, что обусловлено анатомической «защищенностью» органа и составляют примерно 1-4% от всех повреждений органов брюшной полости. По частоте ППЖ находятся на последнем месте среди паренхиматозных органов после печени, селезенки и почек, соответственно. ППЖ очень редко бывают изолированными и в большинстве случаев сопровождаются повреждениями других органов брюшной полости, что накладывает отпечаток на особенности диагностики, лечения и прогноза. Исходя из этого, а также в связи со значительным прогрессом малоинвазивных технологий диагностики и лечения, в последние годы большинство авторов отмечают более высокую смертность у пациентов, получавших хирургическое лечение, по сравнению с пациентами, получавшими консервативное лечение. Материал и методы исследования: 132 пациента с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» с выявленным при обследовании и лечении посттравматическим панкреатитом. Средний возраст пациентов составил $37,6 \pm 7,2$ года. Мужчин - 88 (66,7%), женщин - 44 (33,3%). Основным механизмом получения травмы была кататравма - ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма - 63 пациентов (47,7%). Изолированная абдоминальная травма - 69 пациентов (52,3%). Специфическими методами диагностики посттравматического панкреатита были: УЗИ, исследование альфа-амилазы крови и диастазы мочи, ЭРПХГ (6 случаев), МРПХГ (17 случаев). Показаниями к ЭРПХГ и МРПХГ была КТ-картина разрыва паренхимы поджелудочной железы с подозрением на травму главного панкреатического протока. Результаты исследования: тактика лечения и маршрутизация больных определялась первичной стратификацией

больных на основании международной классификации травмы поджелудочной железы AAST по 5 степеням. У большинства пациентов (114) диагностирована травма I-II степени, у 16 больных – травма III степени и у 2 больных – травма IV степени. Случаев травмы поджелудочной железы V степени в настоящем исследовании не отмечено. Консервативное лечение выполнено 113 пациентам (85,6%). Сюда же включены пациенты, которым проводилось дренирование первичных и вторичных жидкостных образований поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки под УЗ-контролем, а также пациенты, которым выполнено ЭРПХГ и стентирование главного панкреатического протока (ГПП) – 2 больных. Лапаротомия выполнена 14 пациентам (10,6%). 13 пациентом производилась корпорокаудальная резекция поджелудочной железы по поводу травмы III степени. У части этих больных ППЖ III степени было диагностировано до операции по данным ЭРПХГ или МРПХГ. У 1 больного во время лапаротомии диагностирована травма поджелудочной железы IV степени и выполнена операция в рамках damage control (тяжелая сочетанная ЧМТ и травма таза). Умерли 25 больных, общая летальность составила 18,9%. Послеоперационная летальность составила 35,7% (5 больных). При консервативном лечении летальность составила 15,2%. Также ретроспективно все случаи в исследовании были стратифицированы по так называемой Pancreatic Injury Mortality Score – PIMS (Krige JE, Spence RT, Navsaria PH, Nicol AJ 2017) для оценки информативности этой новой шкалы. Данная шкала показала достаточно высокую прогностическую ценность по результатам исследования. Обсуждение. Таким образом, в исследовании отмечена значительно более высокая летальность при хирургическом лечении ППЖ чем в группе консервативного лечения, что полностью коррелирует с данными литературы последних лет и диктует необходимость настойчивого поиска возможности неоперативного лечения ППЖ в каждом конкретном случае. Выводы и рекомендации. Стратификация больных по шкале AAST, основанной на наличии или отсутствии травмы ГПП, позволила существенно оптимизировать маршрутизацию больных с травмой поджелудочной железы: существенно повысить точность диагностики и сократить сроки оперативного вмешательства с момента поступления в стационар. В свою очередь, внедрение в клиническую практику МСКТ-ангиографии, ЭРПХГ и, в особенности, МРПХГ, позволило значительно повысить точность диагностики травмы ГПП, возможность выполнения

малоинвазивных вмешательств (стентирование ГПП) и улучшить результаты лечения этой группы больных. Также возможно рекомендовать шкалу летальности ППЖ (PIMS) для первичной стратификации этой категории больных.

406.Миниинвазивные перкутанные УЗ-контролируемые способы лечения неосложненных форм острого гнойного лактационного мастита

*Полторацкий М.В. (1,2), Луммер К.Б. (1,3),
Марченко И.П.(1), Селезнев В.В. (1),
Мосин С.В. (1,2), Сажин А.В. (2)*

Москва

1. ГБУЗ "ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана" ДЗМ
2. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
3. ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В.Ломоносова»

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность пункционно-дренажного лечения под ультразвуковой навигацией пациенток с острым гнойным лактационным маститом (ОГЛМ). Материалы и методы: Изучены результаты лечения 45 пациенток с ОГЛМ, обратившихся в ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана г. Москвы в период от 14.06.2017 г. по 25.12.2018 г. Средний возраст пациенток составил 30 лет. Длительность заболевания 2-30 дней (ср. - 8,7). 20 пациенток были госпитализированы, 25 - пролечены амбулаторно. Все манипуляции были выполнены под местной инфильтрационной анестезией. 5 пациенткам (11%) была выполнена пункционная санация абсцесса под контролем УЗ. 32 пациенткам (71%) под контролем УЗ были установлены дренажи диаметром 10-12 Fr. Санация абсцесса проводилась водным раствором хлоргексидина. 8 пациенткам (18%) с множественными абсцессами различного объема были пролечены комбинацией описанных выше методов. Всем пациенткам проводилась антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры. Результаты. У 44 (98%) пациенток мининвазивный пункционный способ лечения

оказался успешным, в одном потребовалось оперативное вмешательство (2%). В 6 случаях в течение 7-24 дней наблюдался рецидив воспалительных явлений. В 3 случаях он был купирован консервативно. В 1 - пункционной санацией под контролем УЗИ. В 2-х случаях потребовалось повторное дренирование под контролем УЗИ. Одной пациентке в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса потребовалось традиционное открытое оперативное вмешательство. 37 пациенток (82,2%) продолжили грудное вскармливание. 8 (17,8%) прервали грудное вскармливание (6 (13,3%) до обращения, 2 (4,4%) по медицинским показаниям). Косметический результат оказался хорошим. Выводы: Пункционные санации и дренирование под контролем УЗИ эффективный и безопасный метод лечения неосложненных форм острого гнойного лактационного мастита. Метод может быть использован в амбулаторных условиях (при условии обеспечения достаточного контроля над лечебным процессом). Метод, в большинстве случаев, позволяет сохранить лактацию и продолжить грудное вскармливание.

407. Опыт применения бариатрических операций в условиях многопрофильной частной клиники

*Соловьев А.О., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.,
Соловьева М.О., Джафаров Д.Д.*

Волгоград

ВолГМУ

Актуальность. По данным ВОЗ ожирение занимает пятое место в списке основных факторов, повышающих риск смерти. Наибольшую опасность приобретает растущий процент больных с тяжелыми формами, особенно неблагоприятно влияющими на здоровье и приводящими к инвалидности. Любая степень ожирения подлежит медицинской коррекции. Изменение образа жизни является первым и обязательным этапом лечения ожирения. На фоне традиционной терапии не более 10 % больных ожирением могут достичь желаемого результата лечения на длительный период. У

пациентов с ожирением наступают сложные перестройки в организме, что препятствует нормализации метаболизма и способствует еще большему накоплению жировой ткани. В настоящее время хирургическое лечение ожирения признается большинством исследователей как наиболее эффективный метод борьбы с избыточной массой тела. В отношении долгосрочных результатов хирургическое лечение является наиболее эффективным методом лечения ожирения, что благоприятно влияет на течение сопутствующей патологии и способствует улучшению качества жизни. В настоящее время в бариатрической хирургии существует несколько видов операций, которые делятся на рестриктивные и комбинированные. К рестриктивным операциям относятся регулируемое бандажирование желудка и продольная (вертикальная, рукавная) резекция желудка. К комбинированным операциям относятся желудочное шунтирование и билиопанкреатическое шунтирование. Цель. Оценить результаты первых бариатрических операций в Волгограде. Материалы и методы. За период с 2015 г. по 2018 г. на базе АО МНПО «Клиника «Движение» совместно с кафедрой ОХиТА было успешно выполнено 23 лапароскопических операций. Возраст пациентов составил от 19 до 60 лет. Из них 17 женщин и 6 мужчин. Пациентов с ожирением I степени - 2, II ст. - 5, III ст. - 6, с ИМТ более 50 - 10. Диагноз СД II типа установлен у 3 пациентов, 2 из них принимают пероральные гипогликемические препараты, 1 на инсулинотерапии. У 10 наблюдаются нарушение толерантности к глюкозе. Признаки АГ без терапии выявлены у 4 пациентов, у 10 поставлен диагноз артериальная гипертензия, они получают гипотензивную терапию. 1 пациент с синдромом ночного апноэ. Минимальный срок наблюдения за пациентами составил 1 год, максимальный 3 года. Результаты и обсуждение. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от вида операции: 1 группа - продольная резекция желудка (4 операции); 2 группа - шунтирование желудка по Ру (2 операции); 3 группа - шунтирование желудка с одним анастомозом Mini-Gastric Bypass (17 операций). Для оценки снижения веса использовалась формула определения процента потери избыточного веса (% EWL) и ИМТ на момент наблюдения. В 1 группе среднее значение EWL составило 67,6 %, ИМТ - 28,6 Во 2 группе среднее значение EWL - 63,6 %, ИМТ - 34,8 В 3 группе среднее значение EWL - 49,1 %, ИМТ - 38,6 Выводы. В результате бариатрической операции, в зависимости от метода, пациенты теряют в среднем

40-70% от своего избыточного веса. Очень важным является понимание того, что это среднестатистическое уменьшение веса. Есть пациенты, которые теряют 100% от своего избыточного веса и такие, избыточный вес которых снижается ниже среднестатистического. Рекомендации. Бариатрическая хирургия в настоящее время является самым эффективным способом в борьбе с ожирением, существенно сокращает как частоту развития сопутствующих ожирению заболеваний, так и смертность больных. Кроме того, она позволяет существенно снизить финансовые затраты на лечение сопутствующих ожирению заболеваний.

408.Опыт применения Fast Track Surgery в бариатрической хирургии

*Соловьев А.О., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.,
Соловьева М.О., Джафаров Д.Д.*

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. ПУВ или Fast Track Surgery является многокомпонентной системой мер, направленных на снижение стрессовой реакции организма на хирургическую агрессию. Данная программа реализуется за счет командного взаимодействия врачей разных специальностей и диагностических служб, а также использования малоинвазивных и высокотехнологичных хирургических методов, анестетиков короткого действия и мультимодальной анальгезии, рациональной предоперационной подготовки и ранней реабилитации в послеоперационном периоде. В пилотном исследовании 1997 года датский анестезиолог-реаниматолог Н. Kehlet доказал, что комбинация оптимального обезболивания на основе перидуральной анестезии, ранней активизации больных и раннего энтерального питания уменьшает длительность восстановления и пребывания в стационаре. В дальнейшем концепция была доработана и расширена на основе принципов доказательной медицины[1]. В РФ ПУВ успешно реализуется в ряде ведущих клиник и

позволяет уменьшить длительность восстановления и пребывания пациентов в стационаре, снизить финансовые расходы, число послеоперационных осложнений и случаев повторной госпитализации. Цель. Оценить результаты применения ПУВ при плановых бариатрических операциях в городе Волгограде. Материалы и методы. За период с 2015 г. по 2018 г. на базе АО МНПО «Клиника «Движение» совместно с кафедрой ОХиТА было выполнено 23 плановых бариатрических операций у пациентов в возрасте от 19 до 60 лет. Ведение пациентов во всех периодах осуществлялось согласно основным положениям ПУВ. Во время дооперационного периода проводилось тщательное информирование пациентов. Пациентам не выполнялась механическая подготовка кишечника к операции, разрешался прием твердой пищи за 6 часов и прием жидкости за 2 часа до оперативного вмешательства. В качестве премедикации использовались короткодействующие анестетики и мультимодальная анальгезия. Всем пациентам проводилась профилактика венозных тромбоэмболических осложнений. Выбором способа оперативного доступа являлась лапароскопия. Дренирование проводилось только по показаниям. В послеоперационном периоде по возможности заменяли опиоиды на мультимодальную анальгезию. Проводили раннюю активизацию пациентов. Голодание пациентов и парентеральное введение жидкости через сутки заменяли на пероральное. Минимальный срок наблюдения за пациентами составил 1 год, максимальный 3 года. Результаты и обсуждение. Все 23 пациента были успешно прооперированы. Снизилось время пребывания в стационаре. Ухудшение состояния, связанного с проведенной операцией, осложнений и рецидивов заболеваний при динамическом наблюдении пациентов в течение 2 лет после оперативного вмешательства выявлено не было. Выводы. Применение ПУВ при плановых бариатрических операциях позволяет уменьшить время пребывания пациентов в стационаре, снизить число послеоперационных осложнений и случаев повторной госпитализации. Рекомендации. Снижение времени пребывания в стационаре является экономически выгодным как для пациентов, так и для медицинского учреждения.

409. Этапы в эндоскопическом лечении ворсинчатых опухолей прямой и толстой кишки

Бухтареви́ч С.П., Денисенко В.Л.

Витебск

Учреждение здравоохранения "Витебский
областной клинический специализированный
центр"

Актуальность. Ворсинчатые опухоли толстой кишки представляют собой новообразования с выраженным внутрислизистым ростом, дольчатым строением, ворсинчатой поверхностью. Опухоль может распространяться по поверхности слизистой, - в этом случае ее рост стелющийся. В большинстве случаев, ворсинчатые образования одиночные, реже у одного больного находят две и более опухоли. Ворсинчатые опухоли могут достигать больших размеров, до 10-12 см в диаметре и более. Гигантские опухоли перекрывают просвет кишки, являясь причиной нарушения проходимости кишки. По мере роста полипов меняется их гистологическая структура. Увеличение доли ворсинчатой ткани в гистологии аденоматозных полипов ведет к риску малигнизации доброкачественных образований. Наиболее высокая малигнизация характерна для villous полипов прямой и толстой кишки. Первые симптомы, слизь и кровь, являются неспецифическими и появляются при значительных размерах новообразования. Эндоскопическое исследование толстой кишки является приоритетным в диагностике небольших ворсинчатых образований. Индекс малигнизации villous опухолей толстой кишки составляет от 30 до 70%. Своевременная диагностика ворсинчатых опухолей и успешное лечение - важная задача в профилактике рака толстой кишки. Цель. Разработать и внедрить методику комбинированного этапного лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки комбинируя методики лазерной вапоризации и электроэксцизии. Материалы и методы. Лазерную вапоризацию проводили с помощью лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо») импульсный режим генерации (длина волны 1,064 мкм и 1,34 мкм, мощность – 20-25 Вт, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – до 50 Гц, максимальная энергия импульса – 1,2 Дж, длительность импульса – 300 мсек). Электрокоагуляцию проводили с помощью электрогенератора «PSD-10». Основными этапами

эндоскопического удаления крупных аденом толстой кишки являлись: захват полипа диатермической петлей; удаление полипа при чередовании режимов коагуляции и электроэксцизии. Пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составили 80 пациентов. Здесь опухоли удалялись только с использованием диатермической петли. Во вторую группу вошли 48 пациента, в их лечении использована комбинация двух методов: эндоскопической эксцизии петлей и лазерной вапоризации. Размеры удаляемых образований варьировали: от 1,0 до 10-12 см в диаметре. Опухоли небольших размеров удаляли за один этап. Труднодоступные опухоли и опухоли больших размеров удаляли в один этап или многоэтапно. Результаты и обсуждение. Легкодоступные опухоли, небольших размеров в большинстве случаев, удаляли в течении одной процедуры. Опухоли, размеры которых превышали 3 см, а так же труднодоступные опухоли удаляли в течении нескольких процедур или нескольких этапов. Лазерная вапоризация использовалась только у пациентов второй группы; методика использовалась после эндоскопической эксцизии петлей при деструкции основания и краев опухоли. Стелющиеся формы ворсинчатых образований удаляли преимущественно при помощи лазерной вапоризации у пациентов второй группы, а у пациентов первой группы применяли только методику электроэксцизии эндоскопической петлей. У пациентов первой группы опухоли чаще удалялись в несколько этапов. Лучший гемостаз был достигнут у пациентов второй группы благодаря применению лазерной вапоризации. Выводы. Применение комбинированного этапного лечения позволило снизить частоту рецидивов при лечении ворсинчатых опухолей толстой кишки. Лазерная вапоризация обеспечивает качественный гемостаз. Лазерная вапоризация является методом выбора при лечении стелющихся ворсинчатых новообразований.

410. Усовершенствование современных технологий при использовании миниинвазивных методов лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом

*Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И.,
Зиганшин Т.М., Гарифуллин Б.М., Гимаев Э.Ф.,
Гришина Е.Е., Казаков Н.М.*

Уфа

Кафедра факультетской хирургии БГМУ

Актуальность. В хирургии желчных путей лапароскопические и эндобилиарные технологии заняли достойное место и применяются как основные методы лечения. Также достаточно активно эти технологии применяются при холедохолитиазе с развитием механической желтухи. Существуют четко определенная стратегия применения миниинвазивных способов диагностики и лечения при механической желтухе. Среди причин механической желтухи, ХЛ занимает лидирующее положение и встречается в 60-70% случаев. Обычно, применяется двухэтапная тактика. Первым этапом выполняются диагностические и лечебные процедуры (РХПГ, ЭПСТ), а вторым этапом выполняется лапароскопическая холецистэктомия. Однако, некоторым больным, данная тактика не выполнима (больные с деструктивными формами острого холецистита, при аномалиях в конюляции большого дуоденального сосочка (БДС). При выполнении первого этапа отмечается высокая частота осложнений (4-10%). Поэтому одноэтапное вмешательство рядом авторов считается методом выбора, который позволяет разрешить причину непроходимости желчных путей во время одной операции. Цель исследования - является улучшение результатов миниинвазивного лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза, путем разработки и внедрения индивидуализированного комплекса лечебно-диагностических мероприятий с использованием разработанного устройства. Проведен анализ медицинских карт выписанных пациентов из хирургического отделения ГБУЗ РБ ГБК №21 г Уфа, в период с 2013 по 2018г. Общее количество составило человек 320, из них женщин 69%, мужчин – 31%. Средний возраст составил 56,6±6,5 лет. Предоперационное обследование больных включало основные компоненты: клиничко-анамнестическое обследование, лабораторно-инструментальное исследование (УЗИ ОБП, КТ ОБП,

МРХПГ, дуоденоскопия с осмотром БДС, ЭРХПГ, ЧЧХПГ). У 56% больных отмечалось присутствие сопутствующей патологии: ИБС 40 %, артериальная гипертензия 49 %, ожирение 60%, сахарный диабет 10 %, ХОБЛ 2%, ХПН 4%, хронический панкреатит 10%. У 20 % пациентов выявлены явления холангита в разной степени выраженности, зависящие от уровня общего билирубина колеблющиеся в диапазоне от 100 мкмоль/л до 700 мкмоль/л. Традиционный доступ использовался у пациентов с синдромом Мириizzi в 10 % или с высоким уровнем билирубинемии выше 300 мкмоль, у которых отмечался множественный холедохолитиаз и также в случаях неудачной попытки проведения ЭПСТ (5%) и лапароскопической холедохолитозэкстракцией (2%). Выводы 1. Фиброхолангиоскопия является высокоинформативным малотравматичным способом интраоперационной диагностики и лечения патологии желчевыводящих путей. Применение фиброхолангиоскопии позволило повысить достоверность инструментальных исследований в определении этиологии механической желтухи до 98,6%. Результаты холангиоскопии определяют выбор оптимального завершения холедохотомии. 2. Применение при ИХС устройства для удаления камней позволило сократить продолжительность операции в сравнении с контрольной группой с 149 до 100 (±5,5) минут, предупредило случаи не удаления потенциальных резидуальных камней внутривнутрипеченочной локализации. 3. ИХС, как эффективный метод диагностики и восстановления проходимости желчных протоков, увеличивает показания к применению минилапаротомного доступа в лечении больных с механической желтухой. 4. Реализация возможностей ИХС у больных с механической желтухой, использование устройства для удаления камней способствовали уменьшению количества послеоперационных осложнений с 14,3% до 5,8%, снижению показателей летальности с 11,1% до 3,7%, сокращению сроков госпитального лечения на 3(±1) дня в сравнении с контрольной группой. Заключение. Применение указанного способа с использованием нового устройства для удаления камней позволяет одновременно выполнить минимально инвазивную холецистэктомию и санацию холедоха, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию холедоха, провести полноценную визуальную ревизию холедоха до и после санации, сохранить целостность дуоденального сосочка 12 п. кишки.

411. Хирургические мероприятия по оказанию помощи пациентам с геморроем I-IV стадии на амбулаторном этапе

*Соловьев О.Л. Соловьёва Г.А. Соловьев А.О.
Воробьев А.А. Тарасенко В.Р.*

Волгоград

АО МНПО «Клиника «Движение»

Актуальность. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и первым среди колопроктологических заболеваний. Среди взрослого населения в среднем 140 человек из 1000 имеют проблемы, связанные с увеличением геморроидальных узлов. Темп современной жизни приводит к «омоложению» болезни, поэтому все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста, независимо от пола. Склеротерапия с дополнительным применением ультразвукового воздействия на сегодняшний день в нашей практике занимает одно из первых мест среди малоинвазивных хирургических методов. Это связано с простотой данной манипуляции, экономической целесообразностью и минимизацией срока реабилитации. Материалы и методы. В 2001 году волгоградскими учеными был создан передовой ультразвуковой хирургический прибор «Проксон», имеющий три рабочих составляющих: 1) устройство для склеротерапии геморроя и обработки свищевых ходов с УЗ; 2) ультразвуковой скальпель; 3) торцевая насадка для обработки ран и полостей. В клинике рутинно выполняются склерозирование геморроидальных узлов аппаратом «Проксон» с дополнительным применением ультразвука при I-III стадиях геморроя, а также более радикальные хирургические манипуляции с помощью ультразвукового скальпеля при IV стадии геморроя, сфинктеропластике, иссечении анальных трещин, малоинвазивное лечение сложных параректальных свищей. Склерозирование геморроидальных узлов с применением ультразвука – разработка российских ученых, применяемая в медицине с 2005 года. Была проведена оценка результатов лечения 7860 пациентов на базе двух центров – «Клиника «Движение», г. Волгоград, и «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» г. Ростов-на-Дону в период с 2005 по 2015 гг. Послеоперационное наблюдение продолжалось от 6 месяцев до 8 лет. Методика выполнялась с

помощью инновационного отечественного прибора «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозирующего препарата с сопровождением ультразвукового воздействия. Инъекционное склерозирующее лечение с УЗ выполнялось преимущественно у больных с I-III стадией, а при IV стадии на фоне кровотечения и анемии, как предоперационная подготовка. Полученные результаты. В отдаленном периоде у пациентов с I-III стадией стойкая ремиссия наблюдалась у 61,5%, число осложнений не превышало 2,43%. Наилучшие результаты после склерозирования получены у пациентов с I-II стадиями заболевания: эффективность лечения отмечена до 90%, наблюдается полная остановка кровотечения без выпадения геморроидальных узлов. Для пациентов с IV стадией геморроя применение ультразвукового скальпеля положительно повлияло на остановку кровотечения, а также как подготовка для последующего хирургического вмешательства. Выводы. Склерозирование геморроидальных узлов с ультразвуковым воздействием показало высокую эффективность, относительную безопасность, экономичность, малый реабилитационный период. Однако при III стадии заболевания необходимо повторить процедуру через несколько месяцев. Метод особенно эффективен при сопутствующих воспалительных заболеваниях нижних отделов желудочно-кишечного тракта, так как не оставляет серьезные повреждения и уменьшает период восстановления.

412. Особенности хирургической тактики при огнестрельных ранениях ободочной кишки

Магомедов М.П., Хамидов М.А.

Махачкала

Медико-санитарная часть МВД России по
Республике Дагестан, Дагестанский
государственный медицинский университет

Вопросы оказания экстренной хирургической помощи при огнестрельных ранениях и минно-взрывной травме остаются весьма актуальными на протяжении нескольких десятилетий. Особенно

важным является решение вопросов хирургической тактики при ранениях ободочной кишки. Большинство ранений ободочной кишки (ОК) пулевые (58-85%), реже осколочные (15-42%). Изолированные ранения ОК встречаются гораздо реже (12-40%), чем сочетанные с ранениями других органов формами (62-86%). Большое количество гнойно-септических осложнений говорит о наличии множества нерешенных проблем в хирургическом лечении ранений ОК. Мы проанализировали наш более чем 20 летний опыт оказания экстренной хирургической помощи при огнестрельных ранениях ОК. Всего за этот период мы наблюдали 118 пациентов в возрасте от 19 до 62 лет. Из 118 раненых женщин было 4, мужчин – 114. Из общего числа наблюдений изолированных повреждений ободочной кишки было у 20 пострадавших, что составило 17% от всего количества пациентов. В 92 случаях повреждения были сочетанными, в 5 остальных наблюдениях – комбинированными, в основном за счет ожогов при минно-взрывной травме. Летальность составила 9,3% (11 чел), послеоперационные осложнения наблюдались у 41 (34,7%) пострадавшего. Первично-восстановительные операции выполнены 56 раненым, в том числе: ушивание ран кишки или ее резекция с первичным анастомозом в 49 случаях, гемиколэктомия справа с илеотрансверзоанастомозом в 7. Различные виды операций с выведением стом выполнены у 62 человек. Летальность при первично-восстановительных операциях составила 5,4% (3 чел), при выведении кишечных стом 12,9% (8 чел). Однако необходимо отметить, что среди пациентов, которым выполнялись первично-восстановительные операции, только 7 раненых поступило в крайне тяжелом состоянии и 22 в тяжелом состоянии (всего 51,8% от общего количества). Из пациентов, перенесших операции с отводящей стомией, в крайне тяжелом состоянии поступило 11 человек и в тяжелом – 28 (всего 62,9% от общего количества). Следовательно, кишечные стомы чаще выводились более тяжелым пациентам. Первично-восстановительные операции выполнялись при наличии тенденции к восстановлению АД, а следовательно и микроциркуляции кишечника в течение первого часа операции, который как правило, уходит на гемостаз и первичную санацию брюшной полости. А с учетом того, что в распоряжении нашей медико-санитарной части с 2014 г имеется медицинский модуль на базе вертолета МИ-8, что позволяет нам в кратчайшие сроки проводить авиационную эвакуацию раненых с проведением интенсивной

инфузионной терапии, а при необходимости и ИВЛ по пути следования, возможность раннего выведения из шока, стабилизации гемодинамики, а следовательно и решения вопроса хирургической тактики в пользу первично-восстановительной операции существенно повышается. В первой группе выполнено 4 релапаротомии и 2 лапароскопии. В 3 случаях отмечена несостоятельность швов ОК, в связи с чем две релапаротомии были завершены выведением концевой стомы. Во второй группе было выполнено 7 релапаротомий по поводу несостоятельности кишечного шва, либо продолжающегося перитонита (3 программные релапаротомии), а также одна лапароскопия. Таким образом, при наличии тенденции к восстановлению АД, а следовательно, и микроциркуляции кишечника в течение первого часа операции, мы считаем возможным отдавать предпочтение выполнению первично-восстановительных операций по поводу огнестрельных ранений ободочной кишки, с последующим УЗИ контролем динамики послеоперационного периода и контрольно-динамической лапароскопии.

413. Влияние эластической компрессии нижних конечностей на качество жизни после комбинированной флебэктомии

Исаев Д.Н., Ахметшина Ю.И.

Ульяновск

Ульяновский государственный университет

Введение: В современное время хирургу недостаточно хорошо и грамотно выполнить операцию, существенное значение имеет восстановление, а также реабилитация в послеоперационном периоде. Распространенность варикозной болезни нижних конечностей — заболевания, характеризующимся первичной варикозной трансформацией поверхностных вен высока. По данным ВОЗ варикозную болезнь нижних конечностей можно выявить у 40% женщин и 32% мужчин из числа жителей развитых стран. В России различными формами варикозной болезни

страдает от 30 до 35 млн. человек, среди них 15% имеет декомпенсированные формы заболевания с трофическими нарушениями и рецидивирующими язвами. На фоне многочисленных методик и вариантов терапии патологии вен нижних конечностей, несомненно, необходимо проводить оценку качества жизни в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Анализ качества жизни дает возможность получить комплексную информацию о состоянии больного на фоне терапии и в отдаленном периоде после проведения лечения. Цель: Выявить зависимость изменения качества жизни больных варикозной болезнью нижних конечностей до и после оперативного лечения с использованием CIVIQ-2 опросника. Определить влияние эластической компрессии и наследственного фактора на изменение качества жизни. Материал и методы: 42 пациента с варикозной болезнью нижних конечностей C2EpAs,pPr,o проходивших лечение в Областной клинической больнице №1 г. Ульяновска. Из них 26 женщин, 16 мужчин. Всем больным была выполнена комбинированная флебэктомия нижних конечностей в 2018 году. Использовался специфический опросник для пациентов с венозными заболеваниями Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-2) до и после проведенного лечения. Результаты: опросник CIVIQ-2 состоит из 20 вопросов, каждый вопрос оценивался максимально 5 баллов. Где 100 баллов максимально сниженное качество жизни, а 20 максимальное здоровье. Основные параметры, представленные в опроснике: болевой фактор - 1 вопрос, физический фактор - 6 вопросов, психологический фактор - 8 вопросов, социальный фактор - 5 вопросов. Первая группа пациентов 15 человек (6 женщин, 9 мужчин) была проведена комбинированная флебэктомия, в отдаленном послеоперационном периоде компрессия нижних конечностей эластическим трикотажем не проводилась. Наследственность по варикозной болезни имела у 12 пациентов (80%). Вторая группа пациентов 27 человек (23 женщины, 4 мужчины), использовавшие после операции эластический трикотаж на протяжении 2 и более месяцев. Наследственность по варикозной болезни имела место у 22 пациентов (81,5%). В первой группе до оперативного вмешательства у пациентов средний балл качества жизни составил 67, после операции через 2 месяца составил 35. Во второй группе средний балл у пациентов до операции составил 68, после оперативного вмешательства через 2-3 месяца уменьшился до 33. Выводы: комбинированная венэктомия нижних конечностей

у пациентов с C2EpAs,pPr,o варикозно-измененными подкожными венами, поражением поверхностных и перфорантных вен с нарушением венозной динамики сочетании с рефлюксом и окклюзией позволяет значительно улучшить показатели качества жизни с 68 до 33 баллов по специфическому международному венозному опроснику. Применение эластического трикотажа в отдаленном послеоперационном периоде улучшает качество жизни пациентов более, чем в два раза. В развитии варикозной болезни нижних конечностей наследственная предрасположенность составляет 81%, её наличие или отсутствие не имеет существенного значения для оценки качества жизни самим пациентом в послеоперационном периоде после комбинированной венэктомии

414. Санационные торакоскопии при остром перфорационном гнойном медиастините

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Результаты лечения острого перфорационного гнойного медиастинита (ОПГМ) нельзя признать успешными. Летальность ОПГМ, остается высокой и достигает 40,9 – 80%. В последние годы отмечается рост количества ОПГМ и в структуре всех медиастинитов они составляют 67-84%. К повышению числа ОПГМ ведут широкое распространение инструментальных исследований и манипуляций, проводимых в просвете пищевода, инородные тела. Отмечается рост количества спонтанных разрывов пищевода. Цель исследования: Провести ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с перфорациями пищевода, осложненных острым задним нижним медиастинитом. Проанализировать результаты ранних торакоскопических санаций средостения и плевральной полости при данной локализации медиастинита. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 38 пациентов в условиях БУ «Республиканская клиническая больница» с острым перфорационным гнойным

задним нижним медиастинитом за период с 1986 по 2018 г. Результаты и обсуждение. Мужчин было 29 (76,3%), женщин – 9 (23,7%). В исследование включены только те случаи, где гнойный процесс локализовался в задне-нижнем средостении. Возраст больных от 19 до 76 лет. Средний возраст составил $51,9 \pm 1,2$ года (Ме 53, Мо 56). Причины повреждения пищевода: спонтанный разрыв пищевода – 28 (73,7%); инструментальные повреждения – 7 (18,4%); инородные тела – 3 (7,9%). Инструментальные повреждения возникли после бужирования рубцовоизмененного пищевода у 5, пневматической кардиодилатации при ахалазии кардии у 1, при диагностической ФЭГС у 1. Сроки поступления в стационар от начала заболевания от 6 часов до 11 суток, в среднем $2,4 \pm 0,2$ суток (Ме 1,7; Мо 3). Для установки диагноза использовали рентгенологические методы, ФЭГС, в последние годы – мультиспиральную компьютерную томографию. Повреждение левой стенки пищевода диагностировано у 32, правой стенки у 6. После проведения предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения в течение 2-4 часов все больные оперированы. Левосторонний трансторакальный доступ применен у 28, правосторонний у 6. Дефект пищевода ушит лапаротомным доступом у 4. Размеры дефекта пищевода от 0,7 до 7 см. Шов раны пищевода осуществлялся у всех пациентов. У 9 линия швов раны пищевода укреплена внебрюшинно выделенным лоскутом диафрагмы, у 1 большим сальником, у 3 фундопликационной манжеткой из стенки желудка. У 24 дополнительно для энтерального питания наложена гастростома. Микрофлора была высеяна у 28 (73,7%): *E. cloacae* – 5; *E. coli* – 4; *A. baumannii* – 4; *P. aeruginosa* – 6; *S. epidermidis* – 4; *S. aureus* – 3; *P. vulgaris* – 1. У 12 пациентов в раннем послеоперационном периоде выполнялись плановые торакоскопии с целью санации средостения и плевральной полости. У 6 она выполнена с целью санации при появлении многокамерного плеврита в контрлатеральной плевральной полости, у 4 в одноименной стороне первичной операции с целью вскрытия и дренирования формирующихся отграниченных очагов гнойного воспаления, замены и изменения положения дренажей в средостении для предотвращения аррозийного кровотечения. У 2 пациентов оперированных лапаротомным доступом с целью некрэктомии, дополнительной санации средостения и плевральной полости. Отграниченные очаги гнойного воспаления вскрывались, санировались, промывались антисептиками, проводилась некрэктомия, при

необходимости декорткация легкого. Пациенты в стационаре провели от 5 до 186 дней. Средний койко-день – 43 ± 3 суток. В группе ($n=12$), которым, умер 1 (8,3%). В группе ($n=26$) традиционного лечения умерло 5 (19,2%). Общая послеоперационная летальность 15,8%. Причины летальных исходов по результатам вскрытия: продолжающийся медиастинит, сепсис, полиорганная недостаточность – 5; аррозийное кровотечение из нисходящей аорты – 1. Пациенты в стационаре провели от 5 до 186 дней. Средний койко-день – 43 ± 3 суток. Выводы. ОПГМ – грозное хирургическое заболевание, сопровождающееся высокой летальностью. Основной причиной ОПГМ является спонтанный разрыв пищевода. Применение санационных торакоскопий в раннем послеоперационном периоде после первичной операции позволяет осуществлять вскрытие отграниченных очагов гнойного воспаления, дополнительное иссечение некротизированных тканей, провести замену и изменение положения дренажей. С применением ранних санационных торакоскопий возможно улучшение результатов лечения пациентов с ОПГМ.

415. Опыт применения конфокальной лазерной эндомикроскопии в диагностике заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Панченков Д.Н., Сухих М.В., Ленева Я.М.

Москва

КМЦ МГМСУ им.А.И. Евдокимова

Актуальность: Конфокальная лазерная эндомикроскопия (КЛЭМ)-новый высокотехнологичный метод визуализации (оптической биопсии) гистологического строения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) в режиме реального времени. КЛЭМ используется для диагностики заболеваний ВОЖКТ, скрининга раннего рака и эпителиальных образований, определения места взятия прицельной биопсии, динамического наблюдения и контроля эффективности лечения больных. Цель и задачи: Изучить эффективность

КЛЭМ при диагностике заболеваний ВОЖКТ и сравнить полученные результаты визуальной гистологии и морфологического исследования. Материалы и методы: В отделении эндоскопии КМЦ МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России провели с ноября по декабрь 2018 года диагностические

видеоэзофагогастродуоденоскопии 20 пациентам (из них 15 исследований проведено под внутривенной седацией) с применением видеоэндоскопической стойки FUJINON (Япония), видеоэндоскопической системы для конфокальной микроскопии Cellvizio серия 100, производства Mauna Kea Technologies (Париж, Франция). Для визуализации изображения использовался мини зонд GastroFlex UHD. Для получения высококонтрастного изображения, пациентам необходимо было внутривенное введение флуоресцина натрия 10% -5 мл. При применении, флуоресцина натрия 10%- 5 мл, были отмечены кратковременные побочные эффекты в виде: пожелтения слизистых и кожных покровов, окрашивания мочи. Применение внутривенной седации пропофолом при индивидуальном режиме дозирования, за счёт угнетения перистальтических и дыхательных движений, позволило улучшить качество конфокального изображения и снизить количество артефактов. Ход исследования записывали на электронный носитель. Всем пациентам после проведения КЛЭМ выполнялась прицельная биопсия, для верификации эндоскопических диагнозов. Результаты: Для оценки диагностического значения КЛЭМ сравнивались результаты визуального строения слизистой оболочки ВОЖКТ и результаты прижизненного гистологического исследования биопсийного материала. В результате этого анализа были выделены пять групп патологий ВОЖКТ: 1) хронический гастрит с кишечной метаплазией- в 6 наблюдениях, 2) хронический неатрофический гастрит- в 2 наблюдениях, 3) эрозивный гастрит- в 8 наблюдениях, 4) Пищевод Барретта – в 3 наблюдениях, 5) эпителиальное образование желудка (гиперпластический полип)- в 1 наблюдении. Для анализа эндомироскопической картины следует учитывать, что конфокальные изображения отличаются от традиционных гистологических препаратов: ориентация конфокальных оптических срезов имеет горизонтальное направление, параллельное поверхности эпителия, тогда как при традиционном гистологическом исследовании направление срезов продольное. Таким образом диагностическими критериями КЛЭМ были определены: расширение

межклеточных пространств, архитектура сосудистого рисунка, архитектура крипт, неопластические изменения, наличие бокаловидных клеток. Выводы: КЛЭМ высоко эффективный метод в диагностике заболеваний верхних отделов желудочно- кишечного тракта, в частности таких заболеваний, как хронический гастрит, эрозивный гастрит, пищевод Барретта, эпителиальные образования. КЛЭМ может применяться для оптимизации эндоскопических диагностических методик и уточнения диагнозов, уменьшая количество повторных биопсий и наблюдений. Однако говорить о повседневном применении данного метода исследования в клинической практике рано, в связи со сложностью интерпретации полученных данных.

416.Лапароскопическое наружное дренирование желчных протоков в лечении острого панкреатита билиарной этиологии

*Мазаник А.В. (1), Блахов Н.Ю. (2),
Чуманевич О.А. (1), Трухан А.П. (1)*

Минск

1) 432 ГВКМЦ ВС РБ,
2) ВМедФ в БГМУ

Актуальность. Основной особенностью лечения острого панкреатита билиарной этиологии является необходимость хирургического вмешательства на желчных протоках. Однако объем пособия, способ и сроки его выполнения остаются дискуссионными. Цель: оценить эффективность лапароскопического наружного дренирования желчных протоков в комплексном лечении острого панкреатита билиарной этиологии. Материал и методы. Работа основана на результатах лечения 27 пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной острым билиарным панкреатитом, в 432 главном военном клиническом медицинском центре Вооруженных Сил Республики Беларусь (Минск) в 2016-2018 гг. Мужчин было 5 (18,5%), женщин – 22 (81,5%). Средний возраст составил 61,7±5,3 года. Диагноз острого билиарного панкреатита устанавливался по данным динамического клинико-лабораторного и

инструментального обследования в течение первых суток от момента госпитализации. Показания к выполнению оперативного вмешательства устанавливали при наличии признаков билиарной гипертензии. Всем пациентам в 1-2-е сутки госпитализации выполнялась срочная лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков через культю пузырного протока. В послеоперационном периоде пациенты получали консервативную терапию в соответствии с утвержденными клиническими протоколами. Результаты. В первые 24 часа от момента госпитализации было прооперировано 19 (70,4%) пациентов, в сроки от 24 до 48 часов – 8 (29,6%). Продолжительность оперативного вмешательства в среднем составила 53,2±17,6 минут. В трех случаях отмечались трудности в постановке дренажа в связи с извитым ходом пузырного протока, что, однако, не потребовало конверсии. Объем отделяемого по дренажу составлял до 700 мл желчи в первые сутки послеоперационного периода с тенденцией к уменьшению в дальнейшем. После купирования явлений острого панкреатита по показаниям выполнялись лечебно-диагностические мероприятия, направленные на окончательное устранение причин билиарной гипертензии. Летальных исходов не было. Средний срок госпитализации составил 9,8±2,3 суток. Дренаж извлекался через 20,7±1,1 суток после установки в стационарных условиях. Обсуждение. Анализ клинического материала показал целесообразность выполнения лапароскопической холецистэктомии с наружным дренированием желчных протоков в комплексном лечении острого панкреатита билиарной этиологии. При этом требуется определенный уровень навыков выполнения эндовидеохирургических операций и слаженность работы операционной бригады. Считаем оправданным выполнение данного вмешательства в ранние сроки от начала заболевания. Вывод. Лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков в ранние сроки заболевания является эффективным мероприятием в комплексном лечении острого панкреатита билиарной этиологии. Рекомендации. В комплексное лечение острого билиарного панкреатита должны включаться мероприятия по устранению билиарной гипертензии как одного из основных факторов развития заболевания. Предпочтение должно отдаваться малоинвазивным методикам, одной из которых является лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков.

417.Эндовидеохирургическое лечение "больших" параэзофагеальных грыж

Скачко В.А. (2), Тамур А.А.(1), Протасевич А.И.(1), Пландовский А.В.(1), Кардис В.И.(2), Куделич О.А.(1)

Минск

1)БГМУ,

2)УЗ "10-я городская клиническая больница"

Введение. Большинство грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются скользящими грыжами (I тип). Параэзофагеальные грыжи (ПЭГ) (II-IV типы) составляют от 5% до 10% хиатальных грыж, их количество растет в связи с демографическим старением населения. Четкого определения «больших» или «гигантских» параэзофагеальных грыж в литературе нет, однако, в большей части публикаций критерием служит выходение в заднее средостение более 30% желудка. Лапароскопическая коррекция данной патологии была предложена более 20 лет назад, и в настоящее время является, вероятно, оптимальным вариантом лечения. Долгосрочные результаты эндовидеохирургического лечения параэзофагеальных грыж, однако, не всегда вселяют оптимизм. Частота рецидивов варьирует от 10 до 42%, что диктует необходимость поиска путей улучшения этой грустной статистики. Целью данного исследования является оценка результатов видеолапароскопических вмешательств при «больших» ПЭГ. Материалы и методы. С 2012 по 2018 год в УЗ «10-я ГКБ» г. Минска видеолапароскопически было прооперировано 111 пациентов с ПЭГ. Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 59 лет (25-79 лет), 82% пациентов были женщины. Предоперационная диагностика включала в себя обязательное эндоскопическое и рентгенологическое обследование, в 10 случаях выполнялась компьютерная томография. Основными клиническими проявлениями были изжога и боли в грудной клетке (65% и 55%, соответственно), в 20% - дисфагия. Анемия отмечена у 10% пациентов. Оперативное пособие выполняли по стандартной методике с использованием 5 лапаропортов. Обязательными этапами вмешательства считаем выделение и иссечение грыжевого мешка, мобилизацию пищевода в средостении, позволяющую расположить эзофагокардиальный переход в поддиафрагмальном пространстве без натяжения,

мобилизацию дна желудка с пересечением коротких желудочных артерий, крурорафию и эзофагофундопликацию.

Тотальная эзофагофундопликация по Ниссену выполнена в 90% случаев, по Тупе – в 10%. Задняя крурорафия у 10 пациентов была укреплена протезом из перикарда телят «Биокард» (7) и полиэстеровая сеткой (3). Симультанные операции выполнены в 21% (холецистэктомия, грыжесечение, фенестрация кист и биопсия левой доли печени). Все операции выполнены малоинвазивно, время операции в среднем составило 230 минут (125-450 минут). Сроки лечения в стационаре составили 5 суток. Через 3-24 месяца после вмешательства при рентгенологическом контроле рецидив выявлен у 12 пациентов (13,3%), 9 пациентов оперированы (2-традиционный доступ, 7 – лапароскопически). Выводы. Эндовидеохирургическая хирургия параэзофагеальных грыж является безопасным и эффективным вариантом лечения. Остаются нерешенными вопросы целесообразности применения протезов при пластике грыжевых ворот, а также методик коррекции укорочения пищевода.

418. Опыт выполнения лапароскопической аппендэктомии из двух доступов

Коссович М.А. (1,2), Островский Е.М. (1),
Провоторов Ю.А. (1)

Москва

- 1) ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России,
- 2) ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского

Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) является современным стандартом лечения острого аппендицита (ОА), в том числе и осложненного перитонитом. Цель. Улучшить косметический эффект и уменьшить интенсивность болевого синдрома у больных ОА после хирургического вмешательства путем внедрения нового способа ЛА. Материалы и методы. Нами внедрен способ ЛА из двух доступов, новизна которого заключается в изменении точек установки троакаров для введения инструментов. При этом через умбиликальный

доступ вводятся два троакара для 30° лапароскопа и зажима, а через надлобковый доступ – троакар для проведения рабочих инструментов, петли Редера и извлечения червеобразного отростка. При наличии перитонита необходима полноценная аспирация гнойного выпота, удаление фибрина, тщательная санация необходимым количеством физиологического раствора и адекватное дренирование брюшной полости. В большинстве случаев применяем один дренаж, который вводится через надлобковый доступ и подводится в малый таз или правую подвздошную ямку. Для эвакуации выпота в послеоперационном периоде используем одноканальный пассивный или трехканальный активный дренажи. В последнем случае целесообразно проведение санации брюшной полости по типу программированной регионарной перфузии. Улучшение косметического эффекта при описанном способе выполнения ЛА достигается за счет того, что умбиликальный доступ для двух троакаров маскируется пупком – естественным рубцом передней брюшной стенки, а надлобковый – расположен ниже линии роста лобковых волос и часто скрыт в кожной складке. При этом всем пациентам накладываются внутрикожных швов, не требующий снятия. В ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России за период с января 2017 по декабрь 2018 года ЛА из двух доступов была выполнена у 97 пациентам с ОА. Среди них женщин было 52 (53,6%), мужчин – 45 (46,4%). Пациентов с острым катаральным аппендицитом было 2 (2,0%), с флегмонозным – 86 (88,7%) и с гангренозным – 9 (9,3%). Течение острого воспаления червеобразного отростка у 43 из 97 больных (44,3%) осложнилось развитием перитонита: у 27 – местного и у 16 – распространенного. Возраст больных колебался от 17 до 78 лет, индекс массы тела – от 16 до 45 кг/м². Описанный способ ЛА из двух доступов не требует никакого дополнительного эндоскопического оборудования и инструментария, кроме стандартного набора лапароскопических инструментов, достаточно прост в техническом исполнении, применим у людей различной конституции, имеет максимальный косметический эффект вследствие удачного расположения разрезов на передней брюшной стенке и наложения внутрикожных швов. Некоторым отрицательным моментом предлагаемого доступа выполнения ЛА является необходимость работы хирургом недоминантной левой рукой. Результаты. Нами успешно выполнено 97 ЛА из двух доступов без конверсии. Время вмешательства колебалось от 32 до 109 минут. В послеоперационном периоде пациенты отмечали хороший косметический

результат вмешательства и отсутствие болевого синдрома. Все больные после выполнения ЛА велись согласно протоколу Fast Track. Пациенты без перитонита выписывались через 2–3 суток, при местном перитоните – через 4–5 суток, при распространенном – через 7–10 суток. Выводы. Сравнение результатов ЛА из двух доступов с традиционной ЛА показывает отсутствие различий по безопасности. При этом косметический эффект операции несколько лучше при выполнении ее из двух доступов. Описанный способ ЛА не требует применения специальных инструментов и оборудования, может быть легко воспроизведен, а потому экономически целесообразен.

419. Индоцианин зеленый в колоректальной хирургии

*Стрельцов Ю.А., Атрощенко А.О.,
Абдулатипова З.М., Данилов М.А.
Поздняков С.В., Саакян Г.Г., Егоров В.С.,
Долгопятов И.А., Николаева А.О.*

Москва

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы Московский
Клинический Научно-практический Центр имени
А.С. Логина Департамента здравоохранения
города Москвы

Актуальность. Рак толстой кишки занимает лидирующую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности. В большинстве случаев на момент первичного обращения диагностируется III - IV стадия заболевания. Хирургический этап лечения остается основным методом лечения рака толстой кишки, а при раке ободочной кишки в подавляющем большинстве случаев выполняется на первом этапе. Современный подход к хирургическому лечению включает повышенное внимание к объему и качеству выполнения лимфаденэктомии в пределах эмбриональных слоев, что нашло отражение в таких техниках как тотальная мезоректумэктомия, полная мезоколонэктомия и лимфаденэктомия-ДЗ. Соблюдение онкологических принципов

выполнения оперативного вмешательства остается технически сложной задачей. Другим аспектом выполнения операций на ободочной и прямой кишке является риск развития несостоятельности анастомоза, частота развития которого остается высокой. Цель. Оценить результаты применения индоцианина зеленого для интраоперационной визуализации лимфатических русла, оценки качества выполнения лимфаденэктомии и определения интенсивности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки. Материалы и методы. Всего выполнено 17 оперативных вмешательств больным с установленным диагнозом рак толстой кишки pT2-4aN0-2M0-1, стадии II–IV. Данным больным выполнена резекция толстой кишки с применением индоцианина зеленого. Для визуализации лимфатического русла выполнялось эндоскопическое паратуморальное введение 0,3-0,4 мл 2,5 мг/мл раствора индоцианина зеленого интраоперационно или утром накануне операции. Оценка интенсивности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки с целью адекватного проведения реконструктивного этапа операции, проводилась непосредственно после внутривенного введения 0,2 мг/кг 2,5 мг/мл раствора индоцианина зеленого. Патоморфологическое исследование проводилось с оценкой лимфатических узлов по группам согласно японской классификации. Результаты. Среднее количество обнаруженных лимфоузлов составило $23,8 \pm 8,64$ (от 12 до 46). Метастатическое поражение лимфатических узлов имело место в 9 случаях, при которых обнаружено от 1 до 19 метастатически пораженных лимфатических узлов. Явление skip метастазирования в лимфатические узлы второго и третьего порядков отмечены в 4 наблюдениях. Отмечены один случай безуспешного введения индоцианина зеленого – отсутствие контрастирования лимфатического русла при технически корректном введении в подслизистый слой, что может быть связано с явлениями «обструкции» лимфатических узлов при их метастатическом поражении (что нашло подтверждение при патоморфологическом исследовании). В одном случае после выполнения этапа мобилизации/лимфаденэктомии в области операции обнаружен незамеченный в режиме белого света лимфатический узел третьего порядка. Планирование области пересечения кишки проводилось после субъективной оценки интенсивности контрастирования сосудистого русла. Отмечен один случай развития клинически незначимой несостоятельности после формирования низкого колоректального

анастомоза с превентивной двустольной трансверзостомией (при проведении рутинной проктографии на 7-е сутки послеоперационного периода). Побочных действий, связанных с введением индоцианина зеленого, отмечено не было. Использование индоцианина зеленого является удобным и безопасным способом, который потенциально может позволить улучшить качество выполнения лапароскопических операций при раке толстой кишки. Остается субъективной оценка адекватности кровоснабжения области анастомоза. Заключение. Необходимо большее количество наблюдений для оценки эффективности применения индоцианина зеленого, а также разработка метода объективной оценки. Данные о потенциальной пользе метода обуславливают практическую необходимость в дальнейших исследованиях в этой области.

420. Влияние тромбоза глубоких вен у больных с синдромом диабетической стопы на течение заживления раны в ближайшем послеоперационном периоде

*Борисов В.А., Абдулгамидов Т.Б.,
Мазуренко Е.А., Окаев А.О.*

Саратов

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского.

Актуальность. В патогенезе синдрома диабетической стопы приоритетное значение обоснованно отдается артериальной недостаточности. Справедливо считать, что нарушение венозного оттока на фоне тромбоза глубоких вен усугубляет послеоперационное заживление раны у больных сахарным диабетом после ампутации по поводу гангрены нижней конечности. Цель исследования: оценка состояния венозной системы, фибринолитического и коагуляционного звена гемостаза и их влияние на непосредственные результаты ампутаций по поводу диабетической гангрены нижней конечности. **Материалы и методы.** В исследование включено 15 больных с диабетической гангреной, которым по жизненным показаниям выполнена ампутация на

уровне верхней трети голени и бедра. Женщин 9 (60%), мужчин 6 (40%). Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 2,4$ лет. У большинства больных сахарный диабет (СД) имел место в течение 8-10 лет. Больные разделены на 2 группы. 1 - инсулинзависимые 10 (66,6%), 2 - инсулин независимые 5 (33,4%). По принятой в нашей клинике методике в стационаре на 2-3 сутки после операции выполнялось не только дуплексное сканирование артериальных сосудов, но и венозных. Изучалась фибринолитическая и коагуляционная звено гемостаза в динамике. **Результаты исследования.** В послеоперационном периоде на фоне стандартных доз гепарина у 10 (66,6%) пациентов не были достигнуты необходимые цифры АЧТВ, что потребовало коррекции дозы. ПТИ достоверно увеличивался в первой группе ($p < 0,05$) в 1 сутки. Уровень фибриногена в 1 сутки после операции достоверно повышался в этой же группе ($p < 0,005$) и составлял $6,8 \pm 1,3$ г/л, постепенно снижался к 5 суткам по сравнению со второй группой. При динамическом наблюдении у 11 (73,33%) больных (9 больных 1 группы и 2 - второй) после ампутации на 2-3 сутки наблюдали выраженный отек культи конечности и при проведении дуплексного исследования глубоких вен выявили признаки тромбоза. У 4 (26,6%) пациентов (1 больной 1 группы и 3 - второй), имелся незначительный отек культи и при ультразвуковом исследовании признаков флeботромбоза не обнаружено. Пристеночных тромбов с явлениями флотации у больных обеих групп мы не наблюдали. У пациентов с признаками тромбоза глубоких вен имело место длительное не заживление послеоперационной раны первичным натяжением, по сравнению с больными без флeботромбоза. **Выводы:** у инсулинзависимых больных в 90% случаев и инсулиннезависимых в 40% встречаются изменение коагуляционного звена в сторону гиперкоагуляции на фоне чего нередко формируется тромбоз глубоких вен, что нарушает венозный отток, способствующий нарушению регенеративных процессов и снижению сроков заживления раны.

421.К вопросу о симультанных аппендэктомиях у женщин репродуктивного возраста при гинекологических операциях

Матийцев А.Б., Пилюгин Г.Г.,
Шестопалова А.Д.

Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького»

Аппендицит является наиболее распространенной причиной острой боли в животе. Заболеваемость серозным аппендицитом составляет до 5,4% из числа прооперированных по поводу острых болей в животе. Риск подвергнуться аппендэктомии значительно выше у женщин, чем у мужчин (2:1). Внедрение новых диагностических принципов эхографии и компьютерной томографии органов брюшной полости (ОБП) позволило снизить количество необоснованных аппендэктомий до 8,7%. Лапароскопия является полезным диагностическим дополнением и позволяет полностью осмотреть ОБП, особенно малого таза у женщин репродуктивного возраста. Серозный аппендицит - это гистопатологический диагноз и требует диагностических мероприятий, направленных на определение непосредственно источника воспаления. С целью выявления причин, приводящих к удалению неизмененного червеобразного отростка у женщин репродуктивного возраста, ретроспективно проанализированы результаты гистологических исследований. Больные были разделены на 2 группы. Возраст пациенток колебался от 22 до 45 лет. 1я группа - 12 больных, показанием к аппендэктомии явилось расширение сосудов серозной оболочки. 2я группа - 14 больных, у которых аппендэктомия выполнена симультанно с гинекологическими операциями. В дальнейшем анализировали истории болезни по возрасту, характеру и продолжительности симптомов, данным лабораторно-инструментальных исследований. Результаты и обсуждение. При поступлении у 7 женщин первой группы отмечалась тошнота, у 6 – рвота, у всех отмечалась болезненность в правой подвздошной области, причем более чем у половины она переместилась из эпигастральной либо параумбиликальной области и сопровождалась мышечным напряжением. Средняя продолжительность симптомов составила 2,5 дня. Симптомы

раздражения брюшины были сомнительны. Всем больным выполнен анализ крови (отмечен лейкоцитоз, до 13,4х10⁹). Выполненные трансвагинальное и трансабдоминальное УЗИ не улучшило диагностическую точность у пациентов с сомнительными признаками аппендицита. Все это и явилось показанием к диагностической лапароскопии. Во время последней, кроме расширения сосудов серозной оболочки отростка другой патологии при осмотре ОБП не было выявлено. Среднее время до операции составило менее 12 часов, перед операцией за 30 минут всем пациенткам проведена антибиотикопрофилактика. Оперативное вмешательство выполнено лапароскопически под эндотрахеальным наркозом. Ретроспективный анализ морфологических изменений в отростке показал, что в 1й группе воспалительный процесс распространялся на серозу и субсерозу (n=8) и был представлен в виде эозинофилов и лимфоцитов, следовательно, не мог являться причиной болевого синдрома, но можно предположить об аллергической либо вирусной этиологии. В 4х случаях было незначительное проникновение эозинофилов в мышечный слой. Во 2й группе показанием к оперативному вмешательству явилась апоплексия яичника (n=2), напряженная киста яичника (n=5), сальпингит с местным серозным перитонитом (n=3), спаечный процесс органов малого таза (n=4). Всем больным этой группы симультанно выполнена аппендэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, среднее пребывание больных после операции составил 2-7 койко-дня. Диагностическая лапароскопия не позволила выявить причин воспалительного процесса у всех больных первой группы. Полученные результаты свидетельствуют, что лапароскопия может приводить к симультанному выполнению необоснованной аппендэктомии. Выводы. Оперативные вмешательства по поводу острой гинекологической патологии часто сопровождаются необоснованным удалением неизмененного червеобразного отростка, так как его важность обусловлена иммунорецепторной ролью. Разработка методов диагностики заболеваний, вызывающих воспаление серозной оболочки аппендикса, является перспективным направлением.

**422.Высокоинтенсивная фокусированная
ультразвуковая абляция (HIFU)
нейроэндокринных опухолей поджелудочной
железы - 3 года наблюдений**

Соловов В.А.

Самара

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер

Целью данного исследования было оценить эффективность HIFU терапии пациентов с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. Материалы и методы: 5 пациентам с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы была выполнена HIFU терапия в период с 2014 по 2017 год. Средний возраст составлял 48,4 (33-72) года. У 3 пациентов была диагностирована опухоль в головке поджелудочной железы, у 2 - в хвосте. Диагноз был подтвержден цитологическим, гистологическим и иммуногистохимическим анализами. Средний диаметр опухоли составлял 2,5 см (диапазон 2,1-4,8). Лечение проводилось под ультразвуковой навигацией. Пациентам было проведено от 6 до 14 одночасовых сеансов абляции в амбулаторном режиме. Абляция выполнялась без анестезии. В период после лечения проводились ультразвуковые исследования и МРТ с контрастным усилением каждые шесть месяцев. Средний период наблюдения составил 34 месяца (диапазон 14-42). Результаты: через 3 месяца объем опухоли уменьшился на 30-50%. Накопление контраста при МРТ не наблюдалось. Не выявлялись данные за прогрессию и метастазы. У 3 пациентов отмечался выраженный болевой синдром до HIFU. После лечения боли купировались в течение 2 недель. Во время и после лечения осложнений не отмечалось. Выводы: HIFU терапия является безопасным, неинвазивным методом лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы.

**423.Технологии и принципы ускоренной
реабилитации в бариатрической хирургии**

*Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И.,
Минов А.Ф., Вилькоцкий Е.А.*

Минск

ГУ "Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии"

В современной хирургии, особенно высокотехнологичной, важен междисциплинарный подход к ведению хирургического пациента с целью ускорения его восстановления после операции и снижения риска и частоты осложнений. Особенно важное значение ускоренная реабилитация имеет в современной бариатрической хирургии у пациентов с морбидным ожирением. Такую реабилитацию можно разделить на уровни: дооперационный (консультирование, обследование, предоперационная подготовка), интраоперационный (оперативная техника, анестезиологическое пособие) и послеоперационный (ведение, обезболивание). Наши подходы имеют следующие элементы системы ускоренной реабилитации, большинство из которых не имеют решающего значения в изолированном применении, но их совместное применение значительно влияет на результаты лечения бариатрических пациентов. Из дооперационных мероприятий имеет значение качественное полное обследование с привлечением необходимых специалистов: лабораторные исследования с липидным спектром и электролитами, электрокардиограмма, Эхо-КГ, рентгенография легких, функция внешнего дыхания и полисомнография (по показаниям), УЗИ вен нижних конечностей, ФГДС, УЗИ ОБП, КТА + КТ-энтерография, консультация эндокринолога, диетолога, терапевта (кардиолога), анестезиолога. За 12 часов до операции профилактика тромбоэмболических осложнений и габагамма 600 мг вечером. Кроме необходимого оснащения операционной с достаточным запасом сшивающих аппаратов и наличия высокоэнергетических методов коагуляции, необходимо в том числе и специальное анестезиологическое оборудование: наркозный аппарат с капнографом, УЗИ для катетеризации сосудов, обогрев пациента, пневмокомпрессия, гибкая эндоскопия для трудной интубации, нейромышечный блок (TOF-WATCH). Обязательное проведение профилактики

тромбоэмболических осложнений у всех пациентов за 12 часов до операции, антибиотикопрофилактика. Послеоперационный контроль и ведение включали: продолжение антикоагуляционной терапии через 8-12 часов, габапентин 600 мг 2 раза в сутки, обезболивание парацетамолом или НПВС (диклоберл 100 мг в свечах), в редких случаях – кетонал или ксефокам в\м, профилактика тошноты и рвоты, антисекреторная терапия (ронтак в\в, со 2-х суток – омепразол 40 мг 2 раза в день). Наркотические анальгетики не используются. Пероральное принятие жидкости через несколько часов, жидкой пищи на 2-3 день. Активизация пациентов происходит через 2-3 часа после операции после перевода из палаты пробуждения. Реанимационная койка используется только лишь при необходимости наблюдения и вспомогательной поддержки у пациентов с ночным апноэ. На 3-4 сутки всем пациентам производится рентгенография ОБП с водорастворимым контрастом или КТ-энтерография. Описанные методы позволяют нам уменьшить количество интраоперационных и послеоперационных осложнений, снизить время пребывания в стационаре и повысить безопасность лечения бариатрических пациентов.

424. Оценка результатов лечения пациентов с образованиями надпочечников

Стегний К.В. (1,2), Гончарук Р.А. (1,2),
Кулакова Т.А. (2), Морозова А.М. (3),
Цыганкова О.Г. (3), Крекотень А.А. (1,2),
Двойникова Е.Р. (1,2), Сорока А.К. (2),
Дмитриев М.О. (2), Моргун А.А. (2)

Владивосток

1. ФГБОУ ВО ТГМУ.
2. МЦ ДВФУ.
3. КБУЗ ККБ №2.

Актуальность На сегодняшний день, в Приморском крае, отмечается рост количества пациентов с образованиями надпочечников, что связано с возрастающими возможностями скринингового

выявления при КТ и МРТ. С развитием эндовидеохирургии разработаны различные виды доступов для проведения адреналэктомии. Важной проблемой современной хирургии и эндокринологии является двустороннее поражение надпочечников, при которой основной задачей является выявление гормонопродуцирующей опухоли. Материал и методы: проведен анализ результатов хирургического лечения 66 пациентов с образованиями надпочечников с 2014 по 2018 гг. на базе центра хирургии Медицинского центра «ДВФУ» г. Владивосток. Средний возраст составил – 55,7+/-7,6 лет. 79,4% - женщины, 20,6% - мужчины. В 74,6 % (47) случаев проведена лапароскопическая односторонняя адреналэктомия, в 6,3% (4) – лапароскопически-ассистированная адреналэктомия, в 17,5 % (11) – ретроперитонеоскопическая адреналэктомия, в 1,6 % (1) – лапаротомный доступ. По результатам гистологического исследования в 96,8% (64) случаев определены доброкачественные опухолевые процессы, в 3,2 % (2) злокачественные феохромоцитомы. Койко-день 6,1+/-3,1. Проведено 3(4,6%) селективных забора венозной крови из надпочечниковых вен, для определения стороны поражения. Обсуждение. Согласно маршрутизации пациентов с образованиями надпочечников, принятой в Приморском крае, после выявления образований надпочечников методами лучевой диагностики, пациентам проводится детальная диагностика гормонального статуса в центре эндокринных патологий. При двустороннем поражении надпочечников проводился селективный забор крови из надпочечниковых вен. По результатам биохимических анализов отмечалось повышение уровня кортизола более чем в 1000 раз в венозной крови левого надпочечника. Хирургическое лечение проводилось в условиях хирургического центра МЦ ДВФУ. Метод хирургического удаления выбирали в зависимости от размеров опухолевого процесса: при образованиях 3,85+/-0,6 см оптимальным доступом являлась лапароскопическая адреналэктомия, при опухолях 8,45+/-1,2 см проведена лапароскопически-ассистированная адреналэктомия, ретроперитонеоскопическая адреналэктомия предпочтительна у пациентов с ранее перенесенными, множественными (более двух) лапаротомиями и применена при наличии образований 3,05+/-0,8 см. Лапаротомия проведена у пациента (1,5%) с образованием - 15,6 см. Максимальный уровень болевого синдрома при ретроперитонеоскопических вмешательствах в 1 сутки после хирургического вмешательства составил

2+/-0,5 балла, после лапароскопического вмешательства 3+/-0,8 балла. После стабилизации состояния, с целью определения послеоперационного гормонального статуса пациенты поступали на в центр эндокринных патологий. В 3,2 % (2) пациентам с ЗНО рекомендовано наблюдение и лечение у онколога. В послеоперационном периоде отмечено 2(3%) случая надпочечниковой недостаточности, в одном (1,5%) через месяц после оперативного вмешательства и купированы назначением глюкокортикоидных гормонов. Также, в 1(1,5%) случае - серома послеоперационной раны, разрешенная консервативно. Таким образом, при двустороннем поражении надпочечников, для определения стороны поражения, с целью удаления гормонпродуцирующей опухоли показано проведение селективного забора венозной крови из надпочечниковых вен. Методом удаления образований до 10 см в диаметре является лапароскопический доступ. Для пациентов с ранее проведенными лапаротомными вмешательствами и образованиями до 4 см предпочтительным является ретроперитонеоскопический доступ.

425. Малоинвазивная хирургия при «нестандартных» размерах новообразований надпочечников

*Тимербулатов М.В.(1,2), Гимаев Э.Ф.(1,2),
Гришина Е.Е.(1,2), Гарифуллин Б.М.(2),
Зиганшин Т.М.(2), Казаков Н.М. (1,2),
Сибгатов Р.М.(1,2), Субхангулов З.М.(1)*

Уфа

1. Кафедра факультетской хирургии БГМУ
2. ГБУЗ РБ ГKB № 21

Видеоэндоскопическая адреналэктомия при опухолях размерами более 6 см является предметом острых дискуссий ввиду возникающих сложностей при мобилизации из тесно прилегающих окружающих органов, а так же риска повреждения капсулы и обсеменения операционной полости опухолевыми клетками злокачественного характера. Большинство авторов

придерживаются мнения, что видеоскопическая адреналэктомия возможна и показана у пациентов с малыми (<6 см) новообразованиями надпочечников. Другие авторы сообщают о возможности и безопасности малоинвазивных адреналэктомий у пациентов с более крупными опухолями. Материалы и методы: В анализ были включены 150 пациентов с новообразованиями надпочечников, оперированных посредством нескольких видеоскопических доступов, в период с 2008 по 2018 год. Возраст пациентов колебался от 23 до 70 лет. Выполнено разделение на 2 группы: пациенты с размером опухоли ? 6 см (1 группа) и пациенты с более крупными опухолями (2 группа). Проанализированы сравнительно средняя продолжительность операции и госпитализации, интра- и послеоперационные осложнения, в обеих группах. Результаты. В группе новообразований больших размеров на долю лапароскопической адреналэктомии пришлось 96,3 % против 3,7% ретроперитонеоскопических, $P < 0.01$. Продолжительность операции в 1 группе была несколько короче (68,4 мин и 82,5 мин, $P < 0.01$), интраоперационная кровопотеря была меньше (140,08 мл и 170,74 мл). Продолжительность госпитализации в обеих группах достоверно не отличалась, $P=0,1$ и составила 7,06 в 1 группе и 8,11 койко-дней во второй. Случаев интраоперационного кровотечения во 2 группе пациентов превосходит достоверно, $P<0,01$ (14,8% против 2,4%). Количество случаев интраоперационной гипертензии в 1 группе оказалось меньше в 4,6 раза. Обсуждение и выводы. В данном исследовании представлена группа из 27 пациентов, оперированных в 96,3% лапароскопическим доступом при больших ($>=6$ см) опухолях. Как стоило ожидать, интраоперационная кровопотеря больше у пациентов с большими опухолями, однако, количество интраоперационных и послеоперационных осложнений, несколько длительная продолжительность операции и пребывания в стационаре, вполне сопоставимы с результатами хирургического лечения пациентов из 1 группы. Ввиду тесных анатомических взаимоотношений надпочечника с окружающими его органами, видеоэндоскопическая хирургия надпочечников при больших опухолях является технически сложной. Поэтому хирурги, проводящие подобные операции, должны иметь большой опыт в лапароскопической хирургии в целом, что может сократить кривую обучения. Факторами, влияющими на конверсию, являются размеры опухоли и опыта хирурга одновременно. «Задняя»

адреналэктомия у пациентов с очень большими опухолями может представлять серьезные дополнительные технические трудности из-за ограниченного оперативного пространства. У пациентов с ожирением, позиционирование больного на животе приведет к еще большему сокращению забрюшинного пространства, даже несмотря на высокое давление ретрокарбокситонеума. Рекомендации. Таким образом, по нашему мнению лапароскопическая адреналэктомия из бокового доступа является предпочтительной в случае опухоли размером более 6 см и ИМТ > 40 кг/м². Малоинвазивная адреналэктомия при больших опухолях надпочечников является технически сложной процедурой, требующей соответствующего опыта в лапароскопической и онкологической хирургии. В большинстве случаев, оптимальным является лапароскопический доступ, который имеет ряд неоспоримых преимуществ перед ретроперитонеальными доступами по крайней мере в случаях с новообразованиями больших размеров с учетом рисков интра- и послеоперационных осложнений, а полученные результаты операции сопоставимы с результатами таких при опухолях небольших размеров. Манипулируя в забрюшинном пространстве можно избежать негативного влияния углекислого газа на органы брюшной полости и безопасно удалять новообразования размерами 6 и менее см.

426.Метод склеротерапии геморроидальных узлов с применением ультразвукового воздействия

*Соловьев О.Л.Соловьева Г.А.Соловьев А.О.
Воробьев А.А.Тарасенко В. Р.*

Волгоград

ЗАО МНПО «Клиника «Движение»

Актуальность. Наличие множества методик малоинвазивного лечения геморроя требует тщательной оценки их эффективности для выбора хирургом. Но наиболее важным аспектом применения малоинвазивных технологий в

амбулаторных условиях является безопасность. Прогнозирование и профилактика осложнений – не только важное, но и необходимое умение специалиста. Мы обладаем самым длительным опытом применения метода склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием - разработки российских ученых, применяемой в медицинской практике с 2005 года. На основе данного опыта предлагаем рассмотреть наиболее распространенные осложнения и методы их профилактики. В настоящее время лечение данным методом получили более десятка тысяч пациентов с геморроем, что требует оценки эффективности технологии. Материалы и методы. Нами была проведена оценка результатов лечения 7860 пациентов на базе двух центров – «Клиника «Движение», г. Волгоград, и «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» г. Ростов-на-Дону в период с 2005 по 2015г. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. Методика выполнялась с помощью отечественного хирургического прибора «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозанта с одновременным ультразвуковым воздействием. Склерозирующее лечение с УЗ выполнялось у больных с I по III стадию, а при IV стадии на фоне кровотечения и анемии, как подготовка к хирургическому вмешательству. Результаты. В отдаленном периоде у пациентов с I–III ст. стойкая ремиссия наблюдалась у 61,5%, число осложнений не превысило 2,95%. Метод эффективен для остановки кровотечения при анемии и IV ст. геморроя, как подготовка ко второму этапу лечения. Выводы. Оценка многолетнего опыта применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием показала высокоэффективной и безопасной. Однако при III ст. заболевания необходимо повторить введение препарата через 2 - 6 месяцев.

427. Совершенствование методов диагностики острого аппендицита у беременных.*Загидов М.З., Магомедов А.Г., Загидова А.М.,
Дибиров А.Д.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский
университет

Актуальность. После первой успешной аппендэктомии, выполненной без малого 300 лет тому назад, завершившейся выздоровлением больного, многие вопросы техники операции и выбора доступа решены. Однако диагностические особенности обследования еще сохраняются. Свидетельством этого являются публикации разных авторов, указывающие на трудности профилактики и своевременной диагностики острого аппендицита (ОА). Это связано с отсутствием патогномичного симптома ОА, точных знаний этиологии, патогенеза, общепризнанных способов диагностики и изменчивостью клиники в зависимости от расположения червеобразного отростка в брюшной полости. Ясно, что все осложнения и летальные исходы связаны с поздней диагностикой, на что указывает большинство хирургов РФ и зарубежных стран. Имеются незначительные сдвиги в диагностике ОА, связанные с применением методов лапароскопии и УЗИ, которые также не лишены недостатков. Лапароскопически трудно установить состояние ретроцекально расположенного отростка. Основная часть ошибок при лапароскопии приходится на разные формы расположения червеобразного отростка. При ретро- и интраперитонеальных формах клиника острого аппендицита различна. УЗИ не может уточнить состояние червеобразного отростка без деструкции его, когда осложнения ОА диагностируются и клинически. Наличие их дают четкие начальные признаки перитонита. Несмотря на применение этих двух методов, а также лабораторных, по мнению ряда авторов, процент диагностических ошибок доходит на догоспитальном этапе до 60–70%, стационарном – до 3–15%. При гистологическом исследовании удаленных отростков катаральные формы выявляются у 15–20% больных. Приведенные данные свидетельствуют о наличии проблем диагностики ОА и необходимости доработки этих вопросов с составлением алгоритма обследования больных с ОА. Все авторы едины во мнении, что после удаления катарально

измененных червеобразных отростков у значительной части больных (от 3 до 18%) развиваются послеоперационные осложнения, что подтверждает мнение о пересмотре тактики лечения катаральных форм аппендицита. Дискуссионной и спорной была роль УЗИ до разработки Paylaert C.M. (1986) метода дозированного компрессионного УЗИ, считавшегося «золотым стандартом» диагностики ОА. С этого начался второй этап использования УЗИ для диагностики ОА и его осложнений. Он становится общепризнанным методом обследования больных с ОА, позволяющим выбрать правильный доступ для аппендэктомии. Второй этап подчеркивает роль УЗИ в диагностике ОА и определения топического состояния органов, особенно малого таза. Материал и методы. Мы наблюдали 243 беременных с острым аппендицитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях больниц скорой помощи гор. Махачкала и родильных домах. Среди них у 33 оперированных женщин диагностировано ретроцекальное расположение червеобразного отростка субоперационно. Из них у 5 – перитонеальное. Все 33 беременных оперированы поздно: 19 больных через сутки, 14 – спустя 30 – 32 часа после госпитализации. До операции всем было выполнено УЗИ, из них у 26 выявлен выпот вокруг купола слепой кишки, у 3 – в малом тазу. Только у 4 найдена эмпиема отростка. У 19 больных визуализировать отросток не удалось. При лапароскопии установлено лишь наличие выпота вокруг купола слепой кишки и малом тазу, причем у 8 – фибринозно-гнойного характера, хотя перфорации червеобразного отростка не было. Таким образом, своевременная диагностика ОА начинается на догоспитальном этапе и многое зависит от компетентности врача скорой помощи. На стационарном этапе больной обследуется по общей схеме: общие анализы крови и мочи, биохимия крови, УЗИ органов брюшной полости, при необходимости консультация специалистов для исключения патологии, имитирующей ОА. В сомнительных случаях достаточно эффективна лапароскопия, которая точно выявляет патологию, требующую экстренное хирургическое вмешательство. Анализ причин поздней диагностики свидетельствует о том, что наиболее часто осложнения наблюдаются при атипичном расположении червеобразного отростка.

428. Лечение травм пальцев кисти в дневном хирургическом стационаре*Воробьев В.В., Питенин Ю.И., Овчинников Д.В.*

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования "Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова"

Повреждения кисти и пальцев встречаются довольно часто и занимают первые места по частоте среди всех повреждений. В мегаполисе частота дефектов мягких и покровных тканей пальцев и кисти в общем массиве повреждений составляет 49,6%. Травмы кисти легкой степени составляют примерно 1/3 от общего их количества. Важным фактором является и то, что подавляющее число пострадавших – это мужчины трудоспособного возраста, занятые в реальном секторе экономики. Среди методик замещения покровных тканей пальцев кисти – местная пластика, пластика свободными и несвободными кожными лоскутами, лоскутами на сосудистой ножке и с использованием микрохирургической техники. Выбор конкретного метода восстановления дефекта зависит от его размера и глубины, а также от технических возможностей лечебного учреждения. Цель исследования: сравнение и улучшение результатов лечения пациентов с дефектами кожного покрова пальцев кисти. Материалы и методы: в исследование включены 45 пациентов с глубокими дефектами мягких тканей пальцев кисти, которые находились на лечении в клинике амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, их лечение осуществляли в дневном хирургическом стационаре. Среди 45 пациентов мужчин было 40 (88%), женщин – 5 (12%). Возраст от 19 до 69 лет и в среднем составил 38,5±11,6 года. Наиболее часто травмировался II палец – у 20 больных (44%) пациентов. Травмы III пальца отмечены у 15 (3%) пациентов. Повреждение I и IV пальцев встречалось с одинаковой частотой – у 11 (24%) больных. Реже наблюдали травмы V пальца – у 4 (8%) пациентов. Изолированное повреждение одного пальца наблюдали у 36 (80%) больных, двух – у 2 (4%), трёх – у 6 (12%), четырёх – у 1 (2%). Дефекты мягких тканей на поврежденном пальце чаще всего локализовались на дистальной фаланге – у 28 (62%) больных, средней – у 2 (4%), проксимальной – у 4

(9%). На 2-х смежных фалангах – у 11 (24%) больных. Дефект кожного покрова располагался на ладонной поверхности у 12 (27%) больных, на тыльной – у 6 (13%), на торцевой – у 20 (44%), циркулярно – у 6 (13%). Несвободная кожная пластика лоскутом на временной питающей ножке выполнена для замещения дефектов на I пальце – у 6 (13%), II – у 17 (38%), III – у 12 (27%), IV – у 8 (18%), V – у 2 (4%) больных. У 22 (49%) пациентов в качестве донорского места использовали соседний палец (перекрёстная (cross-) пластика), у 22 (49%) – возвышение I пальца (тенарная пластика), у одного (2%) – возвышение V пальца (гипотенарная пластика). Площадь восстановленных дефектов составила 5,2±3,8 см². Пациенты с травмой кисти, сопровождающейся глубокими дефектами мягких тканей пальцев кисти, поступали в клинику в порядке оказания «скорой помощи». После проведенного оперативного вмешательства и выполнения иммобилизации кисти пациенты находились под наблюдением медицинского персонала отделения в течение 3–4 часов. В последующие дни пациент самостоятельно прибывал в клинику для дальнейшего лечения. С 3–4 суток после выполнения 1 этапа оперативного лечения назначали ЛФК. Наличие гипсовой иммобилизации оперированной кисти существенно не ограничивало пациента в самостоятельном передвижении по городу. На 21-е сутки после первой операции выполняли второй этап кожной пластики – пересечение питающей ножки. На 10-е сутки после пересечения питающей ножки снимали швы с ран и пациентов выписывали в травматологический пункт по месту жительства. Несвободная кожная пластика лоскутом на временной питающей ножке из смежных анатомических зон выполнена у 45 пациентов. При выборе метода пластического закрытия мягкотканного дефекта первостепенное значение придавали возможности сохранения ногтевого комплекса и мест прикрепления сухожилий глубокого сгибателя и разгибателя пальца, т.к. сохранение указанных структур позволяло максимально восстановить тактильную чувствительность, двигательную активность и эстетическую картину. При торцевых дефектах дистальных фаланг (II–V) пальцев несвободный кожный лоскут формировали на ладонной поверхности кисти (тенарная – 22 пациента (49%), гипотенарная пластика – один пациент (2%)). Дефекты ладонной и тыльной поверхности фаланг пальцев и торцевые дефекты I пальца восстанавливали, формируя несвободный кожный лоскут на соседнем пальце (перекрестная или cross-

пластика – 22 пациента (49%). При формировании несвободного кожного лоскута мы фиксировали его по всем сторонам к сшиваемым сегментам кисти с формированием переходного мостика. С целью облегчения процесса формирования питающей ножки нами разработан метод наложения провизорных швов с последующим их затягиванием. Анализ непосредственных результатов оперативного лечения проведен у всех 45 больных. У 42 пациентов (93%) лоскуты полностью прижились, у трех пациентов (7%) – отмечен незначительный краевой некроз лоскутов. Средняя длительность лечения составила $34,8 \pm 9,3$ дня. Отдаленные результаты лечения прослежены у 23 пациентов (51%) в сроки наблюдения от 1 года до 5 лет – функция сегментов после кожной пластики восстановлена полностью. Вывод. Замещение глубоких дефектов покровных тканей пальцев кисти методом несвободной кожной пластики лоскутом на временной питающей ножке из смежных анатомических зон является доступным, надежным и эффективным способом лечения и может быть методом выбора в ДХС при отсутствии возможности выполнения микрохирургических операций.

429. Опыт применения ТАРР-аллогерниопластики при паховых грыжах в условиях центральной межрегиональной больницы

Копеев О.В. (1), Копеев А.О. (2)

Россошь, Воронежская область,
2) Москва

- 1) БУЗ ВО «Россошанская РБ»
- 2) РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Актуальность: Несмотря на колоссальный опыт в изучении этиологии, патогенеза и большого количества разработанных оперативных вмешательств, лечение больных с паховыми грыжами остаётся актуальной проблемой в современной абдоминальной хирургии. Как правило данной патологией страдают лица трудоспособного возраста, что придаёт лечению высокое социальное и экономическое значение. Активное развитие эндоскопической хирургии в

конце 20 века, изменил “традиционный” взгляд в герниологии. Мировой опыт свидетельствует о существенных преимуществах эндовидеохирургической герниопластики, занимающей в мире второе место после операции Лихтенштейна и называющиеся технологией будущего. Долгое время эти вмешательства оставались прерогативой крупных клинических центров. Большой положительный опыт первооткрывателей и активная популяризация методики, привели нас к мысли о выполнении лапароскопической герниопластики в условиях ЦРБ. Материалы и методы: В январе 2018 года – осуществлена первая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика в условиях центральной межрегиональной больницы города Россошь Воронежской области. За это время выполнено 15 вмешательств: 11 герниопластик по поводу косых паховых грыж, 3 герниопластики по поводу прямых паховых грыж. У одного пациента лапароскопическое вмешательство было осуществлено по поводу рецидивной грыжи после натяжной герниопластики. Группу больных составили мужчины от 30 до 60 лет. Герниопластику в 11 случаях выполнили сеткой ULTRAPRO производства ETHICON Johnson&Johnson, в 4 случаях использовалась облегченная самофиксирующаяся сетка. В 8 наблюдениях была осуществлена фиксация полипропиленовой сетки многозарядным герниостеплером фирмы Аксиома с п-образными клипсами, с обязательной фиксацией к куперовской связке и по верхнему краю – медиальнее и латеральнее нижней эпигастральной артерии для правильной позиции импланта. В связи с применением самофиксирующихся сеток в 7 случаях было решено использовать метод фиксации отдельными швами в 4 – 5 точках, с обязательной фиксацией к вышеуказанным анатомическим образованиям. Во всех случаях брюшина ушита непрерывным викриловым швом. Результаты и обсуждения: Во всех 15 случаях операции осуществлены успешно. Летальных исходов не было. С интраоперационным осложнением в виде обильного кровотечения, которое не потребовало конверсии и предотвращенного коагуляцией, мы столкнулись в 1 (6,67 %) случае. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без особенностей. Средняя продолжительность вмешательств составила 45 – 60 минут. Стабильной динамики в виде уменьшения времени операционного вмешательства нами не было зарегистрировано. Активизацию больных проводили в первые сутки после операции, средний срок пребывания в стационаре составил 4,5 дня.

Контрольное обследование больных проводили через 3 и 6 месяцев после операции, в результате которого рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений не выявлено. Выводы: Лапароскопические вмешательства по поводу паховых грыж характеризуются малой травматичностью, уменьшением времени пребывания в стационаре, а также уменьшением количества интра- и послеоперационных осложнений. Положительные результаты данных операций диктуют необходимость использования малоинвазивных технологий при лечении паховых грыж в условиях центральной межрегиональной больницы.

430.Эндоскопическая диагностика новообразований в центральной районной больнице

Оленев Е.А., Частикин Г.А., Выговский Н.В., Протопопова О.А., Жмайло В.В., Губанков А.В., Папина А.А.

Краснообск, Новосибирской области

ГБУЗ НСО "Новосибирская клиническая центральная районная больница"

Актуальность. Проблема онкологических заболеваний является одной из главных в медицине. Безусловно, важнейшим элементом является ранняя диагностика онкопроцесса. Наряду с лучевыми и ультразвуковыми методами исследования эндоскопическая диагностика прочно занимает свое место в онкологии. Это ведущий метод выявления образований полых органов и полостей организма, а так же возможность взятия из них биопсийного материала для последующей его патогистологической верификации. Так, фибробронхоскопия (ФБС) позволяет в 80-100% случаев верифицировать центральные образования лёгких. Фиброгастродуоденоскопия (ФЭГДС) от 50 до 95% случаев позволяет поставить диагноз злокачественного новообразования пищевода и желудка. Фиброколоноскопия (ФКС) является ведущим методом исследования прямой и ободочной кишки. Диагностическая лапароскопия

позволяет определить локализацию новообразования по отношению к брюшине и выполнить прицельную биопсию, а так же определить дальнейшую хирургическую тактику больного и возможный объём операции. Поэтому возможности эндоскопического кабинета диагностической службы центральной районной больницы позволяют обеспечить раннюю выявляемость новообразований. Материал и методы. Анализ 121 протокола эндоскопических исследований амбулаторных и стационарных пациентов эндоскопического кабинета и 37 историй болезни хирургического отделения Новосибирской клинической центральной районной больницы в период с 2014 по 2018г.г. Из них мужчин было 96 человек, женщин 62 человека. Возраст составил от 43 до 82 лет. Применялись клинический и статистический метод исследования. Полученные результаты. На ФБС направлялись амбулаторные пациенты с рентгенологически установленным центральным образованием правого или левого лёгкого. 23 пациента, поступивших в приёмное отделение с клиникой пневмонии и дыхательной недостаточности, иногда кровохарканья, и госпитализированных в терапевтическое отделение, были направлены после дальнейшего обследования с подозрением на tumor centralis. Все консультированы врачом-фтизиатром, туберкулёзный процесс исключён. Опухоль обнаружена у 30 больных (18,98%). Из 50 пациентов (31,64%), которым выполнялась ФЭГДС, 48 обследовались амбулаторно, в том числе на онкопоиск. Два пациента были госпитализированы в хирургический стационар с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, при ФЭГДС обнаружены изъязвлённый полип, во втором случае язвенная болезнь желудка, осложнённая малигнизацией. ФКС выявила 47 случаев злокачественных новообразований ободочной кишки, ректосигмоидного отдела и прямой кишки (29,74%). 33 пациента обследовались амбулаторно по поводу геморроидальных расширенных узлов и с подозрением на рак. 14 пациентам из хирургического стационара, поступившим с клиникой острой толстокишечной непроходимости ФКС выполнялась при дообследовании. 8 пациентам (5,06%), госпитализированным в хирургическое отделение с клиникой острого живота, по показаниям выполнялась операция в объёме диагностической лапароскопии. У 4 выявлены асцит, канцероматоз брюшины (в 2 случаях первичный очаг – опухоль яичника, в 1 – тело матки, в 1 – головка поджелудочной железы), у 2 вторичные изменения печени. У остальных 4

пациентов – местный или распространённый фибринозно-гнойный перитонит, вследствие перфорации tumor sigmæ, у всех 4 была конверсия, в зависимости от распространённости процесса и тяжести состояния 3 выведены anus praeternaturalis, одному выполнена операция Гартмана. Все пациенты были своевременно направлены в Новосибирский областной клинический онкологический диспансер. Выводы. Эндоскопический кабинет является неотъемлемым элементом в диагностике онкозаболеваний полых органов, что не только позволяет в большинстве случаев обеспечить патогистологическую верификацию опухоли, но и обнаружить первичный очаг. Данная методика сокращает время адекватного обследования, что особенно важно для центральной районной больницы.

431. Вариант эндопротезирующей пластики при двусторонней паховой грыже

*Меджидов Р.Т., Муртузалиева А.С.,
Хсейханова В.В.*

Махачкала

ГБУ РД "Республиканский медицинский центр"

Актуальность. В последние годы широко используют внебрюшинный доступ для размещения полипропиленового имплантата при герниопластике. Данная методика, как менее травматичная, особенно показана пациентам пожилого и старческого возраста при двусторонних паховых грыжах. Материал и методы. В Госпитале Ветеранов ГБУ РД «Республиканский медицинский центр» за последние 5 лет выполнена эндопротезирующая пластика при двусторонней паховой грыже 32 пациентам старческого возраста. Использована усовершенствованная методика R.Stoppa, а именно через надлобковый срединный мини-разрез с доступом в предбрюшинное пространство, установка устройства «Мини-ассистент», отсепаровка брюшины от поперечной фасции вместе с грыжевыми мешками, размещение сетчатого эндопротеза, выкроенного в виде «бабочки» в предбрюшинное пространство,

фиксация сетчатого сетчатого эксплантата к симфизу, лонной связке с двух сторон, начальному отделу пупартовой связки с двух сторон герниостеплером, послойные швы на рану. Все операции выполнены под перидуральной анестезией. Результаты и их обсуждение. Сроки активизации пациентов составили 1,30,2 суток. В выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде в наблюдениях с использованием данной методики по сравнению с методикой Лихтенштейна достоверное различие не имелось. Такие местные послеоперационные осложнения, как серома, гематома, инфильтрат, отек мошонки, фуникулит не имело место. Послеоперационные осложнения общего характера в группе пациентов, где была использована указанная методика имелись в 3,0%. Продолжительность стационарного лечения с учетом возраста и наличия у подавляющего большинства пациентов сопутствующей патологии составила в среднем 8,11,5 койко-дня. Летальных случаев в анализируемой выборке отсутствовали. Реабилитационный период в группе пациентов, где был использован данный вариант пластики паховой грыжи достоверно не отличался от периода в случаях использования методики Лихтенштейна. Случаев рецидива грыжи при использовании предлагаемой методики не отмечены. Отсутствие местных послеоперационных осложнений при использовании данного варианта эндопротезирования связано с тем, что элементы семенного канатика остаются вне зоны операционного действия. Выводы: - Способы «ненатяжной» герниопластики следует признать универсальными и они имеют патогенетическую направленность. - При двусторонних паховых грыжах у пациентов старческого возраста наиболее оптимальным является предбрюшинная протезирующая пластика со срединного мини-доступа.

432. Внедрение алгоритма диагностики и лечения острых гастродуоденальных кровотечений в практику современного многопрофильного стационара

Репин И.Г.(1), Брехов Е.И.(1), Владыкин А.Л.(2),
Репин Д.И.(1,2)

Москва

Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ(1),
Клиническая больница № 1 Управления делами
Президента РФ (2)

Проблема диагностики и лечения пациентов с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в настоящее время, несмотря на все успехи медицинской науки, остается весьма актуальной. Количество пациентов, поступающих в стационары с диагнозом «желудочное кровотечение» увеличивается с каждым годом, однако также неуклонно снижается количество операций, выполненных по поводу данной патологии. В современных условиях интенсивная работа хирургического стационара не позволяет осуществлять длительное консервативное лечение и наблюдение пациентов с острыми неварикозными гастродуоденальными кровотечениями (ОНГДК). Большинство из этих пациентов не нуждаются в хирургическом лечении. Поэтому очень важно, уже на этапе госпитализации определить необходимость госпитализации пациентов в отделение хирургии. Целью исследования явилась оптимизация диагностики и лечения пациентов с ОНГДК. Материалы и методы исследования. В исследование включены данные, полученные в ходе обследования и лечения 120 пациентов с ОНГДК, поступивших в клинику. Мужчин было 71, женщин 49, возраст пациентов от 19 до 94 лет, средний возраст 55,44. Все пациенты изначально поступали в имеющееся в больнице стационарное отделение скорой помощи (СО СМП), где проводилось необходимое обследование. Определялась тяжесть состояния и степень кровопотери. Стратификация пациентов в группы низкого, среднего и высокого риска проводилась с использованием интегральных прогностических шкал Rockall и Glasgow Blatchford (GBS). В группу низкого риска включались пациенты с количеством баллов от 0 до 3 по шкале Rockall (58) и от 0 до 5 баллов по шкале GBS (57). Пациенты с баллами от 3 до 7 баллов по шкале Rockall включались в группу

среднего риска (51), а от 8 до 12 – в группу высокого риска рецидива кровотечения (11), в эту же группу включались пациенты с суммой баллов от 6 до 24 по шкале GBS (63). В дальнейшем отслеживались результаты лечения. Определялись критерии значимости различий исходов при помощи метода логистической регрессии и ROC-анализа. Результаты. В группах низкого риска по обеим шкалам не было ни одного рецидива кровотечения, операций и летальных исходов. Часть пациентов полностью прошли необходимое лечение в СО СМП. Поскольку большинство из пациентов наблюдается в ведомственных поликлиниках известно, что на амбулаторном этапе каких-либо осложнений не было. В группе среднего риска по шкале Rockall отмечено 8 случаев рецидива, выполнено 7 операций (13,7%), умерла 1 пациентка (1,96%), послеоперационной летальности не было. В группе высокого риска рецидив у 3 пациентов (27%), операции - 2 (18,18%), летальность 4 (36,6%). п/о летальность 1 (50%). Валидность используемых шкал подтверждена результатами ROC-анализа. «Площадь под кривой – AUC» для шкалы Rockall составила 0,917685, для шкалы GBS – 0,843638. Обсуждение. Результаты проспективного исследования наглядно демонстрируют, что около половины пациентов, поступающих в стационар с диагнозом ОНГДК, по сути, не являются пациентами хирурга. Данные пациенты могут проходить лечение в отделениях терапии и гастроэнтерологии. При этом увеличится количество оперированных больных. В современных условиях мы, безусловно, выполняли соответствующие клинические рекомендации и пациенты госпитализировались именно в хирургическое отделение. Однако использование разработанного в клинике алгоритма диагностики и лечения пациентов с ОНГДК позволило часть пациентов лечить в стационарном отделении скорой помощи. При этом ни одному из пациентов групп низкого риска оперативное лечение не понадобилось. Таким образом, использование интегральных прогностических шкал на первых этапах оказания помощи пациентам с ОНГДК позволяет оптимизировать работу многопрофильного стационара. Применение этих простых в использовании прогностических инструментов может иметь значение в отдаленных регионах, где иногда необходимо принимать решение: необходима или нет срочная эвакуация пациента с кровотечением, в частности с использованием авиации.

433. Программа ускоренного выздоровления (ПУВ) в лечении пациентов с острым калькулезным холециститом.

*Пирожкова Е.А., Осипов А.В., Демко А.Е.,
Суров Д.А., Сизоненко Н.А.*

Санкт-Петербург

СПб ГУ НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе
ВМедА им. С.М. Кирова

Реализация оптимизированной программы ускоренного выздоровления после хирургического вмешательства (ПУВ), основанной на известных протоколах ERAS, FTS позволяет уменьшить количество и тяжесть послеоперационных осложнений. В основе указанного протокола – применение малоинвазивных методик в сочетании с периоперационными действиями, направленными на редукцию хирургического стресса. Цель – оценить результаты лапароскопических холецистэктомий с применением программы ускоренного выздоровления у больных с острым калькулезным холециститом в стационаре скорой помощи. Проанализированы результаты хирургического лечения 64 больных острым калькулезным холециститом. Критериями включения в группу являлись – отсутствие признаков деструкции стенки желчного пузыря, а также осложнений таких как холедохолитиаз, механическая желтуха, острый холангит, перитонит. Всем пациентам ведение периоперационного периода осуществлялось согласно основным концепциям ПУВ. На предоперационном этапе всем пациентам оценивался трофологический статус, индекс коморбидности, определялся риск операции и анестезии. Оперативные вмешательства выполнялись в условиях глубокого нервно-мышечного блока (НМБ), достигавшегося применением миорелаксанта периферического действия недеполяризующего конкурентного типа (рокурония бромид) с последующей быстрой реверсией НМБ сугаммадексом. Во всех случаях контролировали температуру тела пациента и использовали средства поддержания ее в оптимальных пределах. Оперативные вмешательства выполняли в максимально короткие сроки от момента поступления и постановки диагноза (3-34 часа), среднее $11,8 \pm 9,6$ часа. Использовалась местная анестезия троакарных

ран 1% раствором лидокаина, проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика. Рутинно применялись системные неопиоидные анальгетики и средства профилактики тошноты и рвоты. От установки дренажей отказывались в 59 (92,2%) случаях, в остальных 5 случаях дренажи были удалены через 12 часов. Пациенты активизировались через 6 часов после оперативного вмешательства, в первые 12 часов специальные энтеральные смеси использовались в качестве основной диеты, затем назначались стандартные щадящие диеты. Пациенты отмечали минимальную интенсивность болевого синдрома, не возникала необходимость дополнительной анальгетической терапии. Койко-день после операции составил $3,8 \pm 1,6$ суток. Послеоперационные осложнения возникли в 1 (1,6%) случае (инфильтрат области ложа желчного пузыря), которое купировалось назначением антибиотиков в послеоперационном периоде. Летальных исходов не было. Таким образом, применение принципов оптимизированного протокола ПУВ способствует редукции хирургического стресса, максимально ранней активизации пациентов с острым калькулезным холециститом после операции. Указанные аспекты требуют дальнейшего изучения по мере накопления опыта. На сегодняшний день основные принципы ПУВ могут быть реализованы в круглосуточном многопрофильном стационаре скорой помощи.

434.Выбор оптимального времени для проведения эндоскопической забрюшинной некрэктомии при остром деструктивном панкреатите

*Ермаков И.В.(2), Колыгин А.В.(2),
Курашинова Л.С.(2), Марченко И.П.(1),
Мирзоян А.Т.(2), Мосин С.В.(1), Сажин А.В.(2),
Глаголев Н.С.(1)*

Москва

- 1) Городская клиническая больница 29 им.Н.Э.Баумана
- 2) РНИМУ им.Н.И.Пирогова, кафедра Факультетской хирургии #1

Введение. Острый панкреатит на протяжении последнего десятилетия не теряет лидерства по частоте госпитализации в стационары города Москвы. Чаще всего госпитализируются пациенты трудоспособного возраста. Общая летальность при остром панкреатите составляет от 7-15%, при деструктивных формах - может достигать 70%. Таким образом, лечение острого панкреатита остается актуально и остросоциальной тематикой требующей изучения. Материалы и методы. За 2017 год в ГКБ 29 им.Н.Э.Баумана пролечено 824 пациента с диагнозом острый панкреатит. Из них оперированы 91 пациент, наиболее частыми вмешательствами стали эндоскопические и интервенционные вмешательства под эхоносографическим контролем. С деструктивными формами пролечено 49 пациентов, из них прооперирован 21 пациент. В связи с развитием поздних гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита и неэффективностью проведенных лечебных мероприятий, в том числе эхоносографических, в 3 случаях были выставлены показания к проведению эндоскопической забрюшинной некрсеквестрэктомии (ЭЗН). У всех пациентов были диагностированы инфицированные жидкостные коллекторы в проекции тела, хвоста поджелудочной железы, области брыжейки поперечной ободочной кишки и в проекции левого забрюшинного пространства вплоть до подвздошной кости. Данное вмешательство проводилось с применением стандартной аппаратуры предназначенной для проведения лапароскопических вмешательств. Сроки проведения ЭЗН колебались от 15 до 30 дней от начала приступа острого панкреатита. Результаты. Технически ЭЗН было успешно во всех

случаях. В конверсии в люмботомический доступ потребности не было. В двух клинических наблюдениях пациенты были выписаны из стационара с полным регрессом клинических проявлений гнойного процесса через 2 месяца. В одном случае наступил летальный исход через 2 суток после проведения ЭЗН. Выводы. Эндоскопическая забрюшинная некрсеквестрэктомия безопасная методика в лечении острого деструктивного панкреатита с формированием инфицированных забрюшинных жидкостных скоплений слева при проведении этого вмешательства при выборе оптимального времени ее проведения и стабильном состоянии больного. Проведение ранней ЭЗН связано с высоким риском интраоперационных осложнений и летального исхода. Для определения более точных сроков и показаний к проведению ЭЗН требуется дальнейшее накопление опыта.

435.Оценка эффективности радиочастотной абляции симптомных доброкачественных узловых образований щитовидной железы

Соловов В.А.

Самара

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер

Актуальность. Стандартом лечения пациентов с симптомными и автономно функционирующими доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы до появления новых малоинвазивных методов, в том числе радиочастотной абляции (РЧА), являлось хирургическое вмешательство. Это исследование было направлено на оценку эффективности РЧА доброкачественных узлов щитовидной железы. Материал и Методы. Ретроспективный анализ включал результаты лечения 510 пациентов с симптомными доброкачественными образованиями щитовидной железы, которым было выполнена РЧА в Самарском онкологическом центре в 2014-2018 гг. Показаниями к выполнению РЧА являлось наличие симптомных узловых

образований щитовидной железы, в том числе многоузловых и крупных (более 4 см). РЧА выполнялось методом динамической абляции. Среди пациентов 106 (20,8 %) имели автономно функционирующие узлы щитовидной железы, 404 (79,2 %) – объемные узловые образования, вызывающие клиническую симптоматику или косметические проблемы. Для дифференциальной диагностики использовалась радиологическая система TIRADS, также для исключения злокачественности образования дважды выполнялась биопсия узлового образования с цитологической оценкой по Bethesda. Средний период наблюдения составил 29 (6-48) месяцев. Результаты. После РЧА объем симптомных узловых образований уменьшился на 70% через 6 месяцев, на 84 % через 1 год. Через год наблюдения нормализация гормонального фона отмечалась у 98 % пациентов, устранение клинической симптоматики у 99 %. Вывод. Динамическая РЧА эффективный и безопасный метод лечения доброкачественных узлов щитовидной железы, включая крупные (более 50 см.куб.) и множественные узловые образования. Основные преимущества динамической радиочастотной абляции: малоинвазивная технология, высокая клиническая эффективность, крайне редкие и легко купируемые осложнения, возможность проведения в амбулаторных условиях и под местной анестезией.

436. Применение лапароскопической TAPP пластики в лечении паховых грыж в условиях городской клинической больницы в рамках рекомендаций EHS

*Колыгин А.В. (1,2), Мирзоян А.Т. (1,2),
Ермаков И.В. (1,2), Глаголев Н.С. (1,2),
Гасанов М.М. (1,2), Курашинова Л.С. (1,2),
Марченко И.П. (2), Мосин С.В. (1,2),*

Москва

1. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
2. ГБУЗ "ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана" ДЗМ

Актуальность: В настоящее время стандартом в лечении паховых грыж считается ненатяжная герниопластика, предпочтение следует отдавать применению лапароскопических технологий. При внедрении TAPP герниопластики необходимо учитывать международные клинические рекомендации. Цель исследования - анализ результатов лечения пациентов с паховыми грыжами по протоколу EHS (European Hernia Society) в условиях городского стационара. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов с паховыми грыжами в больницы № 29 им Н.Э. Баумана г. Москвы. Тип паховых грыж определяли по классификации Nyhus, при TAPP пластики по классификации EHS. Выбор варианта пластики оставался за хирургом. Результаты оценивались по количеству ранних послеоперационных осложнений (Clavien, 2009), продолжительности госпитализации, степени интенсивности боли. Хронический болевой синдром оценивался через 3 и 6 месяцев с помощью анкетирования (ВАШ, опросник SF-36). Для оценки качества жизни использован опросник SF 36. Результаты: В 2018 г по поводу паховых грыж выполнено 187 операций у 164 пациентов. Мужчины было - 148 (89,6%), женщин - 16 (9,7%). Средний возраст пациентов - $56,9 \pm 15,8$ лет. TAPP пластика выполнена у 94 (57,3%) пациентов (117 операция). Открытая ненатяжная герниопластика выполнена у 60 (36,6%), натяжная (Shouldice) у 10 (6,1%) пациентов. Причиной обращения у 147 (89,6%) пациентов была первичная грыжа, у 17 (10,4%) рецидивная. Левосторонняя грыжа - 33,5% пациентов, правосторонняя - 50,6%, у 16% двусторонняя грыжа. Средняя продолжительность грыженосительства до TAPP пластики составила 3,05 ± 0,94 лет, для открытой - 3,34 ± 2,32 года. По

классификации Nyhus больные распределились: тип 1 - 11 (5,9%), 2 - 63 (33,9%), 3А - 65 (34, 8%), 3В - 24 (12,8%), 3С - 5 (2,7%), 4А - 4 (2,1%), 4В - 10 (5,3%) и 4D - 1 (0,5%) пациентов. По классификации EHS при TAPP: L1 - 8 (6,8%), L2 - 48 (41%), L3 - 16 (13,7%), M1 - 2 (1,7%), M2 - 24 (20,5%), M3 - 18 (15,4%). В 35 (30%) случаях при TAPP сетка не фиксирована. Продолжительность операции по методике TAPP была выше, чем при открытой герниопластике: $96,50 \pm 28,11$ vs $66,59 \pm 15,62$ мин ($P=0,641$). Послеоперационные осложнения развились у 22 (13,4%) пациентов и достоверно чаще встречались при применении открытых методик 15 (22,4%) vs 7 (7,4%) случаев ($P=0,019$). При анализе осложнений по Clavien все осложнения были представлены 1 ст. и не повлияли на течение послеоперационного периода. Поздние послеоперационные осложнения не отмечены. Средняя продолжительность госпитализации у пациентов, где применялись открытые технологии была выше - $3,65 \pm 1,03$, чем при TAPP - $3,06 \pm 0,9$ койко-дней. Обсуждение: внедрение в стационаре рекомендаций EHS в лечении паховых грыж позволило добиться значительного увеличения доли применения TAPP методики с 19,1% до 57,3% с достоверно значимым снижением частоты развития послеоперационных осложнений и сокращением койко-дня. После TAPP болевой синдром по ВАШ был менее выраженным, активизация начиналась раньше. Вариант выполненного хирургического вмешательства на качество жизни не влиял. Таким образом, при выборе варианта герниопластики необходимо руководствоваться рекомендациями EHS с учетом возможностей стационара. На практике же определяющую роль в выборе методов пластики играет размер грыжи, сопутствующая патология пациента, опыт и мотивация оперирующего хирурга. Выводы: Применение рекомендаций EHS при лечении пациентов с паховыми грыжами позволило увеличить долю лапароскопических герниопластик с 19,1% до 57,3%, снизив койко-день и количество послеоперационных осложнений. Рекомендации: При отсутствии противопоказаний к применению лапароскопических методик в лечении паховых следует руководствоваться рекомендациями EHS.

437. Анализ осложнений после лапароскопических аппендэктомий

Тонеев Е.А., Смирнов М.А. Сорокин О.И.,
Чавкин П.М.

Ульяновск

ГУЗ УОКЦСВМП им. заслуженного врача России
Е.М. Чучкалова

Актуальность: Несмотря на явные успехи современной медицины, проблема острого аппендицита не потеряла своей актуальности. Данная патология развивается у 4-6 человек на 10 тыс. населения и встречается в основном у пациентов молодого возраста. Основные сложности в лечении данной категории больных связаны с трудностью диагностики данного заболевания и сохранением частоты осложнений. Цель: предоставить результаты лапароскопических аппендэктомий в условиях хирургического стационара травматологического центра 1 уровня г.Ульяновска. Материалы и методы: за 2018 год госпитализировано 249 пациентов с диагнозом острый аппендицит, из них позже 24 часов 129 случаев (51,8%). Открытым способом аппендэктомия была проведена в 132 случаях (53%), лапароскопический доступ использовался в 117 (47%). В проведенном анализе женщин было 154 (62%), мужчин 95 (38%). Результаты: в настоящий анализ было включено 117 лапароскопических аппендэктомий. После данного вмешательства продолжительность койко-дня составила 4,6. Были отдельно проанализированы группы мужчин и женщин, у мужчин длительность госпитализации составила 4,3 койко-дня, у женщин соответственно 5,1. По патоморфологическому заключению, получены следующие результаты: гангренозный аппендицит в 14 случаях (12%), флегмозный в 55 (47%), катаральный в 48 (41%). Способ обработки основания червеобразного отростка в 79 случаях (67,%) проведен с помощью танталовых клипс, во всех остальных вмешательствах использовалась петля Редера - это у 38 пациентов (33%). Дренирование брюшной полости во всех случаях проводилось с помощью установки микроиригатора в полость малого таза. Осложнения в послеоперационном периоде были у 48 пациентов (41%), их оценка проводилась с помощью классификации Клавье-Диндо. Осложнения 1 типа были в 8 случаях (16,7%), осложнения 2 типа в 29

(60,4%), соответственно осложнения 3 типа у 11 пациентов (22,9%), осложнений 4 и 5 типа в данном анализе не было. Выводы:Лапароскопический доступ является эффективным и безопасным при лечении пациентов с диагнозом острый аппендицит. Использование танталовых скоб и петель Редера при обработки оснований червеобразного отростка обеспечивает низкий процент осложнений в послеоперационном периоде, а так же отсутствие осложнений 4 и 5 типа по классификации Клавье-Диндо.

438.Опыт применения эндовидеохирургических методов в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний брюшной полости у беременных

*Дурлештер В.М. (1,2), Бабенко Е.С. (1,2),
Антинян К.Д. (2), Свечкарь И.Ю. (2)*

Краснодар

1ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России
2ГБУЗ «ККБ№ 2» Минздрава Краснодарского края.

Актуальность. В настоящее время, несмотря на появление новых и совершенствование применяемых ранее методов, диагностика неотложных состояний у беременных остается затруднена. Долгое время беременность считали абсолютным противопоказанием для как для рентгенхирургических, так и для лапароскопических методов диагностики и лечения, но в последнее десятилетие именно малоинвазивные методы выходят на первый план и у данной категории пациентов. Материал и методы. Проанализировано 183 медицинских карт беременных, госпитализированных в хирургические отделения ГБУЗ ККБ №2 г. Краснодара в 2010-2018 гг. Средний возраст пациенток 24,6±4,6, колебался от 18 до 42 лет. Срок беременности - от 6 до 38 недель. Результаты. Из 60 пациенток с предполагаемым диагнозом острый аппендицит, видеолапароскопия выполнена 48 (80,0%), у 6 (10,0%) из них острый аппендицит исключен, 34 (56,7%) беременным выполнена лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), а у 8 (13,3%) выполнена конверсия на

лапаротомный доступ по Волковичу-Дьяконову (ТА). В I триместре ЛА выполнена у 15 (83,3%) из 18 и у 3 (16,7%) больных ТА после ДВЛС. Во II триместре ЛА - у 17 (65,4%) из 26 пациенток и у 8 (30,8%) - ТА (4 после ДВЛС). В III триместре 2 больным - ЛА, 7 больным ТА (1 после ДВЛС) и 1 пациентке - дренирование аппендикулярного абсцесса под УЗ-навигацией. Из 46 пациенток с диагнозом острый калькулезный холецистит, 22 (47,8%) беременных пролечено консервативно, а 24 (52,2%) больных прооперированы тем или иным малоинвазивным способом. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполненная у 17 (70,8%) из 24 оперированных. 6 (25,0%) пациенткам, учитывая вторую половину беременности и данные ультразвуковой картины, выполнена чрескожная чреспеченочная холецистостомия под УЗ-навигацией (ЧЧХцСт). Одной беременной выполнена диагностическая лапароскопия, по данным которой выявлен острый калькулезный холецистит, поэтому решено выполнить ЧЧХцСт без холецистэктомии. В I триместре ЛХЭ выполнена у 4 (57,1%) из 7, 2 (28,6%) - консервативно, и в 1 случае выполнена ЧЧХцСт. Во II триместре ЛХЭ у 13 (56,5%) из 23 пациенток, 6 (26,1%) - консервативное лечение, 3 (13,0%) - ЧЧХцСт и 1 (4,4%) беременной ДВЛС и ЧЧХцСт. В III триместре 2 (12,5%) - ЧЧХцСт, а в 14 случаях - консервативная терапия. Острая кишечная непроходимость - хирургическое заболевание, вызывающее наибольшие трудности в применении эндовидеохирургических методов лечения. За 2010-2018 на стационарном лечении находилось 14 беременных, из которых 11 (79%) находились во II-III триместрах беременности. 6 (42,9%) беременных пролечены консервативно, с положительной динамикой. 8 (57,1%) больных прооперировано: 3 пациенткам во II триместре выполнена видеолапароскопия с адгезиовисцеролизом, 5 пациенткам выполнена лапаротомия с устранением острой кишечной непроходимости. Выводы. ЛА имеет преимущества по сравнению с ТА и у данной категории больных - особенно в I и II триместрах беременности. Применение эндоскопических технологий в III триместре беременности затруднительно, но их применение позволяет локализовать процесс и, при необходимости лапаротомии, выполнить ее из минимального доступа. После ЛХЭ и холецистостомии под УЗ-навигацией осложнений - как хирургических, так и перинатальных - не было. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью. Хирургических осложнений и летальности у

беременных с кишечной непроходимостью, прооперированных эндоскопически не было. Угроза прерывания беременности была зафиксирована у 1 беременной в I триместре, у 1 – во II триместре. Самопро-извольных аборт-ов не было. Обобщив небольшой опыт лечения беременных с острой хирургиче-ской патологией, необхо-димо понимать, что необходим выбор малоинвазивных методов диагностики и лечения, направленных на уменьше-ние хирургиче-ских и связан-ных с ними перинатальных осложнений, способствую-щих пролонгированию беременно-сти, и снижающих показатели материн-ской и перинатальной смертности в условиях высокоспециали-зированной многопрофильного стациона-ра.

439. Рецидивные состояния после лапароскопических антирефлюксных операций

*Дурлештер В.М., Свечкарь И.Ю., Сиухов Р.Ш.,
Бабенко Е.С., Беретарь Р.Б.*

Краснодар

ГБУЗ "ККБ№2" МЗ КК

Актуальность. В связи с постоянным увеличением количества выполняемых лапароскопических фундопликаций закономерно растет число рецидивов ГПОД. По данным литературы, неудовлетворительные результаты первичных операций составляют 6-25%. Частые виды рецидива- развертывание, миграция фундопликационной манжеты и феномен «телескопа». Недостаточно раскрыт вопрос о показаниях к повторным операциям. Актуален и вопрос о способе выполнения повторной операции- лапароскопическим или лапаротомным путем? Материалы и методы. За период 2007-2018г в ККБ№2 г.Краснодара выполнено 512 первичных антирефлюксных вмешательств по поводу ГПОД, из них 497(97%)- лапароскопически. В определенные сроки после операции выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенисследования, оценка качества жизни. Результаты. Отдаленные результаты отслежены у 461 (92,7%) больных после

лапароскопических операций. У 72,2% пациентов рецидива не выявлено. Признаки «истинного бессимптомного рецидива», то есть ситуации, при которой фундопликационная манжета частично или полностью расположена над диафрагмой, но не имеет клинических симптомов, выявлены у 36 (7,8%) больных, данная ситуация не требовала оперативной коррекции. У 61 (13,2%) пациентов при адекватно расположенной и функционирующей манжете имелась разнообразная гастроэнтерологическая, в том числе рефлюксная, симптоматика различной степени; проведена коррекция консервативного лечения, показаний к оперативному лечению не возникло. У 30 (6,5%) пациентов выявлены различные рецидивные состояния, которые потребовали хирургической коррекции. В этой группе 18 (4%) пациентам в связи с послеоперационной дисфагией, вызванной гиперфункцией или стенозом манжеты, выполнено от 1 до 7 курсов эндоскопического бужирования или баллонной дилатации фундопликационной манжеты, со стойким положительным эффектом. У 12 (2,6%) больных установлены показания к повторной операции. 7 пациентов были оперированы путем лапаротомии. Повторная лапароскопическая операция проведена 5 пациентам. Виды выявленных рецидивов- частичное развертывание манжеты с аксиальным смещением- 7, полное развертывание манжеты с аксиальным смещением- 2, развертывание манжеты без аксиального смещения-1, феномен «телескопа»- 3. Интраоперационных осложнений не было как при лапароскопии, так и при лапаротомии. Летальных исходов не было. У 5 из 12 пациентов в раннем послеоперационном периоде имелись явления легкой дисфагии. У 3 пациентов отмечена дисфагия средней степени, им было выполнено от 1 до 3 сеансов эндоскопического бужирования, с положительным эффектом. При сравнении лапароскопического и открытого доступа между собой, эффективность в отношении купирования клинической симптоматики в раннем послеоперационном периоде практически не различалась. Отмечены следующие преимущества лапароскопической операции: 1. меньшее время операции (в среднем 190 мин против 250 мин при лапаротомии); 2. меньшая частота дисфагии и прочих осложнений; 3. короче срок пребывания в стационаре (в среднем 5,3 сут против 12,1); 4. ниже потребность в анальгетиках (только НПВС), антибактериальных препаратах; 5. косметический эффект; 6. ранняя бытовая и трудовая реабилитация. Выводы. Клиническая эффективность как открытых, так и

лапароскопических повторных операций при оценке отдаленных результатов не имеет существенных различий. Однако лапароскопические реконструктивные операции имеют ряд дополнительных преимуществ, поэтому показания и область их применения могут быть расширены.

440. Робот-ассистированные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии

*Андрейцев И.Л., Папоян Г.М.,
Магомедов Ш.Х., Скляр И.А.*

Москва

ГБУЗ ГКБ № 31

Со времени появления первого роботизированного хирургического комплекса прошло уже более 20 лет. Роботический комплекс совершенствовался, круг хирургических вмешательств, выполненных с его помощью, неуклонно расширялся. С 2007 по 2018 г.г. включительно в России было выполнено 10 204 робот-ассистированных вмешательства. Подавляющее большинство из них – 71% приходится на урологические операции, по 12% - на абдоминальную хирургию и гинекологию, 3%- на торакальную хирургию и 2% -на колопроктологические вмешательства. Однако, до сих пор среди специалистов не сложилось однозначного мнения о месте робот-ассистированных операций в хирургии различных областей. Цель: показать возможность и безопасность, преимущества и недостатки робот-ассистированных операций на органах брюшной полости. Пациенты и методы: Нами было выполнено 448 робот-ассистированных операций на органах брюшной полости в период с 2012 по 2018 г.г., в том числе: гемиколэктомия – 133, ПДР – 68, фундопликация – 68, гастрэктомия – 47, резекция желудка – 36, низкая передняя резекция прямой кишки – 33, удаление неорганный опухоли – 16, пластика пищевода – 15, операция Фрея – 8, резекция поджелудочной железы – 4, удаление кисты селезенки – 4, резекция тонкой кишки – 4, удаление кисты печени – 3, адреналэктомия – 3,

цистоэнтеростомия – 1, резекция двенадцатиперстной кишки – 1, панкреатэктомия – 1, реконструкция желчных путей – 1, операция Бегера – 1, резекция печени – 1. Выполнив сравнительный анализ робот-ассистированных и лапароскопический вмешательств аналогичного объема, достоинствами роботическим операций считаем: улучшение видимости плоскостей выделения тазовых фасций, уючая видимость в малом тазу, более легкий поиск тазовых автономных нервных сплетений, снижение частоты послеоперационных осложнений, 7 степеней свободы инструментов с искусственными запястьями (имеющими амплитуду движений, большую, чем у человеческой руки), высокую точность при манипулировании в ограниченном пространстве, стереоизображение (3D), Удобное положение хирурга (сидя), минимизацию кровопотери и операционной травмы, минимизацию ассистентов (один) К недостаткам методики мы отнесли: дороговизну, отсутствие тактильных ощущений, сложность оценки хирургических краев резекции, сложность низкого поперечного пересечения, сложность гемостаза, увеличение длительности операции по сравнению с открытым и лапароскопическим методами, кривую обучения, худшую визуализацию операционного поля ассистентом, создание помех манипуляциям ассистента «руками» рабочей консоли, трудность работы на нескольких анатомических областях. Результаты. После операций на верхнем этаже брюшной полости возникли следующие осложнения: после фундопликации и крурорафии ГПОД рецидив грыжи возник в 2,9% случаев; после операция на пищеводе – умер один пациент (6,7%); после ПДР панкреатическая фистула возникла в 16,1%, послеоперационное кровотечение – в 4,4%, летальность составила также 4,4%; после гастрэктомии и резекции желудка несостоятельность анастомозов развилась у 4,8% больных, летальность составила 3,6%. После оперативных вмешательств на прямой кишке: низкая передняя резекция – несостоятельность сигморектоанастомоза возникла у 2- пациентов (6,1%); после экстирпации прямой кишки осложнений не было. Летальности в группе оперированных на прямой кишке пациентов не было Выводы: Робот хирургический комплекс Da Vinci - безопасен и удобен при выполнении вмешательств в абдоминальной хирургии. Он даёт преимущества хирургу в точности манипуляций при работе в ограниченном пространстве, являясь эволюцией миниинвазивных технологий.

441. Фибринооторакс у детей

Мыкыев К.М.(1,3), Омурбеков Т.О.(1,3),
Самсалиев А.Дж.(2,3), Молдоисаев К.Б.(3)

Бишкек

-) Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
- 2) Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
- 3) Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП),

Актуальность: Ранняя диагностика, выбор рациональных методов лечения детей с фибриноотораксом остаются актуальными проблемами торакальной хирургии детского возраста. Цель: изучить причины фибринооторакса у детей для улучшения результатов лечения. Материалы и методы исследования: анализированы данные 93 детей с фибриноотораксом пролеченных в ГКДБ СМП за 2001-2018 гг.. Больным проводились общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, цитология плевральной жидкости, специфические методы и по показаниям КТ, ЯМРТ. Результаты исследования: В возрастной структуре больные в возрасте до 1 года составили - 9 (10,8%), 1-3 года - 22 (26,5 %) , до 7 лет – 29 (34,9%) и старше 7 лет – 33 (39,7%). Мальчики составили 56 (60,2%), девочки 37 (39,8%) случая. Давность заболевания отмечено от 10 дней до 6 месяцев. При изучении жалоб: кашель отмечена – у всех, повышения температуры тела до высоких цифр у 60 больных с острой гнойно-деструктивной пневмонией и плевритами. При объективном осмотре у всех наблюдалась асимметрия грудной клетки, за счёт западения её и сужение межреберных промежутков, опущение угла лопатки на стороне поражения, а у 5 больных вторичный сколиоз. Перкуторно: укорочение легочного звука, аускультативно - ослабление дыхания на стороне патологического процесса. У 7 больных детей образовался торако-бронхиальный свищ после наложения торакоцентеза. Проведено пункционное удаление выпота у 33, и дренирование у 60 больных с плевритами. По характеру выпота наблюдался: экссудативный – у 32, гнойный и гнойно-фибринозный – у 61. При цитологическом изучении плеврального содержимого у всех обнаружено наличие белка, лейкоцитов, эритроцитов, у 21 преобладание лимфоцитов, у остальных

нейтрофилы. При ПЦР у 4-х отмечено положительная реакция. Всем больным проводили комплексное обследование на специфический процесс, с последующей неоднократной консультацией фтизиопедиатров. КТ и ЯМРТ грудной клетки проводился у 15 детей. Проведено консервативное лечение - у 47, хирургическое вмешательство - 36 больных. Консервативные методы лечения включали в интраплевральном введении трипсина, химотрипсина, ФАГИО, физиолечение, ЛФК. Выводы: 1). У 26,5% экссудативным плевритом и 38,5% с ОГДП наблюдался случаи перехода в фибринооторакс с образованием грубых деформаций грудной клетки. 2). Больные после оперативного лечения нуждаются в длительной реабилитации.

442. Опыт применения пероральной эндоскопической миотомии при лечении ахалазии пищевода

Дурлештер В.М. (1,2), Руденко С.С. (1),
Свечкарёв И.Ю. (2), Сихов Р.Ш. (1,2),
Беретарь Р.Б. (2)

Краснодар

1 ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России
2 ГБУЗ «ККБ № 2» Минздрава Краснодарского края.

Актуальность. На сегодняшний день разработано большое количество разнообразных методов лечения ахалазии пищевода, включающие как неоперативные, так и оперативные методики. К методам неоперативного лечения ахалазии пищевода относится: применение лекарственных средств, призванных релаксировать нижний пищеводный сфинктер (ингибиторы кальциевых каналов, нитраты, миотропные спазмолитики), эндоскопические инъекции ботулинического токсина, а также баллонная дилатация кардии. Перечисленные методы не дают стойкого функционального результата, а проведение баллонной дилатации, которая в ряде случаев обеспечивает ремиссию на 1-2 года, связано с повышенным риском неконтролируемой перфорации стенки пищевода в 1,6% случаев. В

настоящее время основными вариантами эффективного лечения ахалазии пищевода являются оперативные методы: хирургические и эндоскопические. К хирургическому методу относится лапароскопическая операция Геллера (эзофагокардиомиотомия) с фундопликацией в качестве антирефлюксного пособия. Которая является наиболее эффективной по отдаленным результатам метод лечения. Развитие внутрисветной эндоскопической хирургии привело хирургов и эндоскопистов к созданию нового метода оперативного лечения ахалазии пищевода – пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). Материалы и методы. Первый клинический вариант ПОЭМ у человека разработал и впервые выполнил 8 сентября 2008 г. профессор Х. Иноуэ. На сегодняшний день ПОЭМ успешно выполняется во многих странах мира. В ККБ 2 г. Краснодар операция ПОЭМ впервые была выполнена в 2017г, за 2018 год выполнено 29 вмешательств. Несмотря на большое количество проводимых операций, остается много нерешенных вопросов. Одним из основных является отсутствие фундопликации и формирования арефлюксной кардии, которая является причиной развития послеоперационного рефлюкс-эзофагита более чем в 50 % случаев, хотя и трансабдоминальная миотомия не всегда эффективно предотвращает это нежелательное последствие операции. Наличие гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) в послеоперационном периоде является ключевым аспектом и наиболее спорным вопросом при сравнении методики ПОЭМ и лапароскопических вмешательств. Результаты. В нашем лечебном учреждении выполнено 40 вмешательств, по предварительным результатам послеоперационного наблюдения (16 мес.) гастроэзофагеальный рефлюкс выявлен в 60% случаев. Все пациенты в послеоперационном периоде получали ИПП, на фоне приема ИПП у 10% сохранялись симптомы ГЭРБ. Выводы. В ходе наших наблюдений (16 мес.) за пациентами которым была выполнена операция ПОЭМ явления ГЭР и эзофагита развились у 60%, что соответствует мировой статистике. Учитывая недостаточное количество данных в литературе необходимо продолжить наблюдения.

443.Симультанные операции в эндовидеохирургии

*Дибиров А.Д.(2), Курбанов Б.М.(1),
Магомедов Р.З.(1), Магомедов М.М.(1).*

Махачкала

Государственная больница №1
Дагестанский государственный
медицинский университет

Актуальность: По данным ВОЗ, процент симультанных операций составляет лишь 3% хирургических операций, тогда как частота сочетанных заболеваний составляет 20-30%. В крупных стационарах России процент выполнения лапароскопических операций от объема всех абдоминальных операций составляет 20-30%, процент выполнения симультанных лапароскопических оперативных вмешательств остается столько же низким. Такая сдержанность хирургов от симультанных операций при сочетании 2 и более заболеваний органов брюшной полости объяснялось высоким процентом послеоперационных осложнений, длительностью сроков реабилитации. Нельзя сбросить со счетов высокий риск хирурга и его ответственность, берясь за вторую операцию. Этот шаг требует от хирурга, помимо высокого мастерства, знания анатомии, особенностей патологического процесса и т.д. Однако достижения современной медицины ставят новые, вполне выполнимые, задачи перед хирургами. Материал и методы. Нами изучены, выполненные в первой городской муниципальной больнице г. Махачкала, симультанные лапароскопические операции у 173 больных, что составило 14,7% от общего количества эндовидеохирургических операций (1176). Всем больным до операции проводились клинические и биохимические лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС и др. По полученным данным с учетом возраста, тяжести общего состояния определялись показания к симультанным операциям. Очередность выполнения этапов эндовидеохирургических вмешательств определялась во время обзорной лапароскопии. Предпочтение отдавалось вмешательствам в первую очередь на менее инфицированном органе, при благоприятных условиях в плановой хирургии выполнялись сначала более быстрые этапы симультанных операций, учитывалась вероятность вынужденной конверсии

доступа. Локализацию и количество троакарных доступов, расположение монитора и хирургической бригады также определялось по субоперационным находкам. Длительность операции зависела от характера основного и сочетанных заболеваний, при этом больше времени занимали операции протезирующей герниопластики, санации заболеваний генитальной сферы, при наличии выраженного спаечного процесса. Характер сочетанных поражений в наших наблюдениях позволял выполнение симультанной операции чрезбрюшинным стандартным доступом. Обязательным условием ставили УЗИ органов брюшной полости на 2-3 сутки после операции. Наиболее часто выполненная операция – холецистэктомия в сочетании с рассечением спаек, обусловленных межорганными спайками – 97(56,0%), на втором месте пупочное – 38 (22,0%) и паховое грыжесечение – 5(2,9%). Спайки были вызваны, помимо основной патологией, гинекологическими операциями и заболеваниями (37) и аппендэктомией (21) в анамнезе. Грыжесечение заключалось в субперитонеальной фиксации эндопротеза узловыми швами. В 23(13,3%) выполнено удаление фолликулярных кист яичников и кистоаденом больших размеров в двух случаях. В 8(4,6%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с аппендэктомией по поводу хронического аппендицита с обработкой культи наложением погружного кисетного шва (викрил 3,0). В одном случае выполнена лапароскопическая герниопластика и иссечение забрюшинной кисты больших размеров и в одном случае – лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с иссечением кисты правой почки. Результаты. Выполненные нами симультанные операции при сочетании двух и более заболеваний брюшной полости не привели к ухудшению ближайших и отдаленных результатов оперативных вмешательств, отнюдь, у этих больных значительно легче протекал послеоперационный период и сократили время пребывания больных в стационаре. Итак, каких-либо послеоперационных осложнений после симультанных операций нами не отмечено, за исключением 2(0%) случаев нагноения раны в области пупка, пациенты выписывались из стационара здоровыми на 3-4 сутки после операции. Выводы. 1. Анализ результатов показывает, что симультанная операция не приводит к повышению степени хирургической агрессии перед изолированными лапароскопическими операциями при одном заболевании. 2. Выполнение симультанных операций позволяет избавиться сразу от нескольких

заболеваний, отпадает необходимость повторных операций и наркозов, несколько раз сокращает сроки пребывания больных на койке и больничном листе.

444.О некоторых опасных тенденциях освоения и совершенствования мануальных навыков эндоскопической хирургии

Коссович М.А.

Москва

- 1) ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России,
- 2) ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского

Эндоскопические операции являются основным трендом современной хирургии. Для выполнения эндоскопических вмешательств необходимо иметь не только специальное оборудование и инструментарий с системой адекватной визуализации, но и в совершенстве владеть целым рядом достаточно сложных мануальных навыков. Обучением эндоскопической хирургии и совершенствованием мануальных навыков в настоящее время занимаются большое количество учебных центров. При этом необходимо отметить, что достаточно часто к обучению допускаются и привлекаются студенты медицинских ВУЗов, которые, как правило, довольно быстро и успешно осваивают предложенные мануальные упражнения, формально получая базовые и даже продвинутое навыки эндоскопической хирургии. На первый взгляд – это положительная тенденция, и ее необходимо поддерживать и поощрять. Однако является ли это благом в долгосрочной перспективе? И становятся ли такие скороспелые хирурги ближе к больным и к профессии в целом? Самое интересно, что, если те же задания дать студентам технических ВУЗов – результаты будут, по все видимости, примерно такими же, а, не исключено, что и лучше. Особенно, если это молодые люди, играющие в компьютерные игры. Какой из этого можно сделать вывод? Сами по себе мануальные навыки без осознания их клинического применения, возможно, не приближают студентов к больным, а наоборот отдаляют их друг от друга,

рождая ложное чувство умения оперировать людей и определенной вседозволенности... Без понимания зачем этот навык нужен в клинике, а при настоящем уровне образования на 4-5 курсе это знание, как правило, еще не появляется, такие действия бесполезны, а возможно и вредны. Другое дело – ординаторы и молодые врачи – они уже что-то видели, кое-что понимают, и для них освоение мануальных навыков и повышение мануального мастерства – необходимость и благо. Студенты средних курсов медицинских Вузов и клинические ординаторы – это качественно различные ступени развития специалиста. Даже в пределах ординатуры имеются серьезные различия в программах обучения ординаторов первого и второго года, и это правильно. Студенты и молодые врачи находятся на принципиально разных уровнях профессиональной компетенции и к ним должны быть применены различные подходы в обучении. То, что одним во благо и способствует повышению роста профессионального мастерства, для других может быть пагубным с точки зрения логики обучения и формирования специалиста. Поэтому освоение и совершенствование мануальных навыков эндоскопической хирургии должно войти в систему обязательного обучения только на определенной ступени развития хирурга, желательно – после изучения традиционной хирургии. В раннем возрасте это делать не нужно, ибо это бесполезно и вредно. Врачу надо понять для чего это делается. Тогда и мотивация обучения будет выше. Интерес и эмоции в обучении должны присутствовать всегда. Андрагогика отличается от педагогики в первую очередь тем, что взрослый в обучении должен видеть конечную цель, понимать для чего он осваивает тот или иной навык. Перекладывание спичек из одной коробки в другую не рождает любовь к профессии, и не способствует выработке сострадания... Таким образом, оттачивать мануальные навыки эндоскопической хирургии должны специалисты с определенным клиническим опытом работы. Студентов надо знакомить с основами эндоскопической хирургии, тактикой лечения и этапами оперативных вмешательств, мануальные навыки им понадобятся позже, и то – далеко не всем.

445. Технологии SILS в хирургии толстой кишки

*Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А.,
Базиян-Кухто Н.К., Башмаков М.Н*

Донецк

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
"Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького" Кафедра общей
хирургии № 1

Актуальность. Последние два десятилетия мы стали свидетелями появления и быстрого прогресса видеоэндоскопических технологий. SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) – один из новых вариантов малоинвазивной хирургии брюшной полости, при котором все троакары и инструменты устанавливаются через один прокол в области пупка – природного рубца, содержащего минимальное количество подкожно-жировой клетчатки. Цель исследования. Проанализировать опыт выполнения лапароскопических однопортовых вмешательств при опухолевой и неопухолевой патологии толстой кишки. Материалы и методы. В клинике общей хирургии № 1 ГОУ ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО» на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения проанализированы результаты хирургического лечения 25 пациентов, оперированных путем единого лапароскопического доступа за период с августа 2017г. На фоне мегадолихоколон, синдрома Пайра 3 пациентам выполнена субтотальная колонэктомия. При осложненной дивертикулярной болезни 4 пациента оперированы в объеме левосторонней гемиколонэктомии, 3 выполнена резекция сигмовидной кишки. При раке сигмовидной кишки 7 пациентам выполнена резекция сигмовидной кишки, 3 пациентом выполнена левосторонняя гемиколонэктомия при раке селезеночного изгиба и нисходящего отдела ободочной кишки. При раке слепой и восходящего отдела ободочной кишки 3 пациентам выполнена правосторонняя гемиколонэктомия. В одном случае на фоне полипа ободочной кишки выполнена колотомия, полипэктомия. Результаты. Монопортовый доступ осуществляли в продольном направлении в околопупочной области размером до 3 см. Для улучшения экспозиции при работе на брыжейке использовали фиксацию сигмовидной кишки за appendix epiploica к передней брюшной стенке нитью PDS 3-0 на прямой игле. Для удобства

манипуляции в брюшной полости иглу специально сгибаем пополам под углом 45°. Препарат извлекали через расширенный монопортовый доступ (длина разреза 5-6см). Для предупреждения контаминации и имплантации опухолевых комплексов в переднюю брюшную стенку для извлечения препарата использовали специальный рукав. Инвагинационный анастомоз формировали экстракорпорально. Окно брыжейки не ушивали. Важным фактором профилактики возникновения троакарных грыж считаем тщательное ушивание монопортового доступа. В двух случаях у пациентов с дивертикулярной болезнью после выполнения левосторонней гемиколонэктомии и резекции сигмовидной кишки имели место явления анастомозита, разрешенные консервативно. Летальных исходов не было. Некоторая сложность выполнения данных операций обусловлена отсутствием триангуляции инструментария, и в связи с этим удобного, близкого к 90° угла сочленения рабочих частей в зоне интереса; «конфликтом» инструментов при расположении их в одной плоскости и на одном уровне по отношению к рукам оператора и ассистента (при одинаковой длине лапароскопа и рабочих инструментов); отсутствием возможности разнонаправленной тракции для создания наилучшей экспозиции. Отчетливым преимуществом однопортовой лапароскопии является ее безусловный косметический результат - при продольном доступе в пупочном кольце не остается никаких видимых следов операции, отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация пациентов, сокращение койко-дня. Относительным недостатком считаем увеличение длительности операции в среднем на 90 минут. Выводы. Выполнение SILS оставляет положительное впечатление, несмотря на технические аспекты, является очередной попыткой улучшить косметический эффект малоинвазивной хирургии, минимизируя возможные осложнения, связанные с многочисленными разрезами, болевым синдромом, что позволяет улучшить качество жизни больных.

446. Применение радиочастотной абляции в лечении простых кист печени

Черкасов М.Ф. (1), Абоян И.А. (2),
Рошак Б.В. (1,2), Маликов Л.Л. (2),
Ханамирова Л.З. (2), Бухарбаев Р.М. (2),
Меликова С.Г. (1)

Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
- 2) МБУЗ КДЦ "Здоровье" г. Ростова-на-Дону

Цель исследования. Радиочастотная абляция (РЧА) – метод прямого направленного разрушения тканей путем термического воздействия. РЧА, изначально предназначенная для лечения опухолевых поражений печени, с конца прошлого века успешно применяется в лечении простых кист печени. В РФ разработан способ лечения непаразитарных кист печени (Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С., Остроушко А.П., патент РФ №2 485 907, 27.06.2013) с помощью РЧА с прогреванием эпителиальной выстилки полости кисты до 45°-55°С. Экспериментальные исследования, проведенные нами, показали, что подобная температура может приводить к гибели эпителия не на всей площади кисты, однако в среде 10% раствора NaCl, введенного в кисту, абляция при Т 55°-60°С приводит к поражению всего эпителия стенки кисты с отсутствием или минимальным распространением в окружающую здоровую ткань печени. В МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону с 2015 г. модифицирован способ РЧА кист печени. Он отличается тем, что в остаточную полость аспирированной кисты до проведения абляции вводят 10% раствор NaCl (патент РФ № 2 626 692, 31.07.2017). Целью данной работы являлось изучение эффективности модифицированного способа РЧА кист печени и сравнением его с традиционной РЧА. Материалы и методы. С 2015 по 2018 гг. на базе хирургического отделения №1 МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону оперативному лечению путем пункции с последующей РЧА были подвергнуты 19 кист у 15 пациентов (14 женщин и 1 мужчина, средний возраст 61 год, от 44 до 78 лет). Клинические проявления включали прогрессивный рост кисты у 13 пациентов, дискомфорт в правом подреберье у 12, периодическую болезненность у 5 человек. Объем и размеры оперированных кист регистрировались до и после абляции, на основании чего рассчитывалось изменение их объема в течение периода наблюдения. Размер

кист перед операцией составлял от 55х45 мм до 130х122 мм. Операции выполнялись под УЗИ-контролем чрескожным пункционным способом путем параллельного введения в полость кисты нефростомической иглы Chiba 18 G и одиночного игольчатого электрода Cool-tip RF Radionics с длиной активной части 3 см. После максимальной аспирации содержимого проводился сеанс радиочастотной деструкции в режиме необходимой температуры длительностью от 3 до 10 минут. Группе пациентов №1 (7 человек, кисты располагались вне близости крупных трубчатых структур) выполнена РЧА традиционным способом (65 - 90 °C). Группе пациентов №2 (8 человек, кисты располагались в непосредственной близости от крупных трубчатых структур или в воротах печени) выполнена РЧА с предварительным введением в полость кисты 10% раствора NaCl в температурном режиме не более 60 °C во избежание термического повреждения прилежащих желчных протоков и сосудов. В дальнейшем все пациенты подверглись динамическому наблюдению с выполнением УЗИ печени через 1 месяц, КТ брюшной полости через 6, 12 и 18 месяцев. Одна пациентка прекратила наблюдение. Результаты. В обеих группах послеоперационные осложнения отсутствовали. В группе №1 пациенты находились в стационаре в среднем 4 дня, в группе №2 – 3,2 дня. Средняя температура РЧА в группе №1 составила 76,4°C (от 65 до 90,4 °C), в группе №2 – 60,7°C (от 55 до 65 °C). Время сеанса в группе №1 составило в среднем 4,45 минут, в группе №2 – 8,8 минут. Последующие КТ-исследования выявили уменьшение размера кист через 6 месяцев в группе №1 на 52%, в группе №2 – на 64%; спустя 12 месяцев в группе №1 на 68%, в группе №2 – 75%; через 18 месяцев в группе №1 – на 83%, в группе №2 – на 91%. В группе №2 общее уменьшение объема оперированных кист составило на 8% больше, чем в группе №1. Заключение. Использование предлагаемой методики позволяет оператору добиться полноценной обработки эпителия кистозной полости с минимальным термическим повреждением окружающей здоровой паренхимы. Данный способ показан в случае, когда достижение высокой температуры в зоне операции рискованно из-за топографо-анатомических особенностей кисты (область ворот печени, близость сосудистых и желчных структур). Малая инвазивность, возможность применения у пациентов с выраженной соматической патологией позволяет рекомендовать методику к выполнению в стационаре краткосрочного пребывания.

447. Опыт применения рекомбинантного ИЛ-2 в профилактике инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) при лапароскопических операциях

*Алексеев А.М., Блинова Н.П.,
Валиахмедова К.В., Баранов А.И.*

Новокузнецк

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава

Актуальность: В неотложной хирургии количество операции по поводу острого аппендицита и острого холецистита занимают лидирующие позиции. Частота операций по поводу острого аппендицита достигает 60% от общего количества неотложных вмешательств. Доля операций, причиной которых является острый холецистит составляет 30-40%. Процент выполнения лапароскопических операций от всех абдоминальных операций существенно зависит от конкретной клиники и колеблется от 20 до 70%. Проблема инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) в абдоминальной хирургии имеет большое социально-экономическое значение и требует разработки новых методов профилактики. Цель исследования: Оценить эффективность применения рекомбинантного ИЛ-2 в профилактике ИОХВ у пациентов с острым аппендицитом и острым холециститом оперированным из лапароскопического доступа. Материалы и методы: Проведена ретроспективная оценка результатов лечения больных находящихся на лечение в НГКБ №1 города Новокузнецка с острым аппендицитом и острым холециститом оперированных в экстренном порядке за период с 2014 года по 2016 год включительно. Пациенты с острым аппендицитом, всего – 609 человек, лапароскопический доступ выполнен 435 (71,4%) пациентам среди них мужчин- 226 (52,2%), женщин-209 (47,8%). Средний возраст – 37,2 ± 15,8 лет. Среднее время операции – 62,3 ± 24,4 мин, ИМТ – 27,9 ± 5,4 кг/м². Пациентов с острым холециститом – 384 человек, из них лапароскопически оперировано – 230 (60%), мужчин- 72 (31,5%), женщин-158 (68,5%). Средний возраст – 57,3 ± 15,6 лет. Среднее время операции – 89,9±41,3 минут. ИМТ – 29,8 ± 5,8 кг/м². Лапароскопические операции выполнялись по стандартной методике. Периоперационная антибиотикопрофилактика проводилась всем пациентам, использовались цефалоспорины I-III поколения, по показаниям в сочетании с

метронидазолом. В конце операции в область удаленного органа и область разреза по разработанной методике устанавливались катетеры для введения рИЛ-2. При остром аппендиците: 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. При остром холецистите: по средней линии живота выше пупка на 1-2 см и на 1 см вправо производят вкол иглы перпендикулярно кожным покровам. Иглу вводят вглубь, прокалывая апоневроз широких мышц живота до ощущения провала. Вводят иглу внутрь круглой связки печени, контролируя положения иглы визуально. По просвету иглы вводят проводник и устанавливают полиэтиленовый катетер. Профилактика рИЛ-2 проводилась на 1 и 3 сутки послеоперационного периода. Ампула, содержащая 500 000 МЕ, разводиться с физиологическим раствором до 20 мл и вводиться равными порциями в катетер и подкожную клетчатку краев раны. Пациенты были разделены на 2 группы: основная группа - больные, которым была проведена профилактика ИОХВ (n-58) и группа сравнения – больные которым рИЛ-2 не вводился (n-607). Результаты: В основной группе ИОХВ выявлено в 2 (3,4%) случаях у больных оперированных по поводу острого аппендицита. В группе сравнения ИОХВ верифицирована у 38 (6,3%) пациентов: 22 с острым аппендицитом и 16 с острым холециститом. Выводы: 1. Периоперационная антибиотикопрофилактика не в полной мере решает проблему развития ИОХВ у больных с острым аппендицитом и острым холециститом. 2. Использование малоинвазивных доступов позволяет уменьшить количество случаев ИОХВ при остром аппендиците и остром холецистите. 3. Местное и локорегиональное использование рИЛ-2 снижает риск развития ИОХВ у пациентов оперированных из лапароскопического доступа.

448.Эндоскопический экстраперитонеальный подход в лечении вентральных грыж (eTER)

Бурдаков В.А.(1,2), Матвеев Н.Л.(2),
Макаров С.А.(3)

Воскресенск (Московская область)
2. Москва
3. Санкт - Петербург

- 1.ГАУЗ МО Воскресенская районная больница №2,
Московская область, г. Воскресенск
- 2.Кафедра эндоскопической хирургии ФДПО
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва
3. Больница Святого Великомученика Георгия,
г. Санкт-Петербург

Минимально инвазивная хирургия вентральных грыж постепенно становится самостоятельным разделом абдоминальной хирургии. От хирурга, занимающегося эндоскопической герниологией, требуется все больше специальных знаний о протезных материалах и хирургических методах, об анатомии и физиологии передней брюшной стенки. Конечно же, современная хирургия грыж немыслима без использования имплантатов, которые многократно доказали свою эффективность, уменьшая число рецидивов у пациентов, перенесших герниопластику. По данным метаанализов и крупных рандомизированных исследований, лучшим вариантом размещения имплантата, как с анатомо-функциональной точки зрения, так и с позиции профилактики осложнений, является положение Sublay. Как правило, такое положение имплантата подразумевает восстановление анатомической целостности брюшной стенки, то есть проведение её реконструкции. В свою очередь, это оказывает положительное клиническое воздействие, что проявляется в более полноценном восстановлении функции. Очевидным недостатком традиционного открытого ретромускулярного подхода является связанное с травмой и контаминацией передней брюшной стенки значительное число раневых осложнений и ухудшение течения сопутствующих заболеваний. Количество таких осложнений, по данным разных авторов, может достигать 30-50%. С другой стороны, распространенный минимально инвазивный подход к устранению вентральных грыж, известный как IPOM (лапароскопическое интраперитонеальное наложение сетки), имеет свои недостатки: дороговизна расходных материалов, пожизненный контакт инородного тела

с внутренностями, невозможность закрытия дефектов с большим поперечным размером. Основная идея эндоскопического экстраперитонеального подхода (eTER) заключается в совмещении эндоскопической техники с установкой имплантата в экстраперитонеальном ретромускулярном пространстве и последующей реконструкцией передней брюшной стенки. Как было показано, анатомические особенности брюшной стенки позволяют проводить объединение различных ретромускулярных и экстраперитонеальных пространств в нужном сочетании, что дает возможность использовать данный подход в любом отделе брюшной стенки, независимо от локализации грыжевого дефекта. Благодаря использованию эндоскопической техники, значительно снижается количество раневых осложнений, и сокращается период пребывания больного в стационаре. За период с февраля 2016 года нами выполнены операции eTER Sublay у 198 пациентов. Среди них были 116 пациентов с пупочными и эпигастральными грыжами в сочетании с диастазом прямых мышц живота, 58 пациентов с послеоперационными срединными вентральными грыжами и 24 пациентов с послеоперационными боковыми грыжами. Площадь грыжевых ворот составила от 9 до 330 см². Среднее время хирургического вмешательства было 147 мин. Средняя кровопотеря около 50 мл. Летальных исходов не было. Отмечен 1 рецидив в отслеживаемом периоде (0,5%). В 2 случаях (1%) было инфицирование троакарной раны, 1 гематома брюшной стенки (0,5%), ещё в одном случае (0,5%) – повреждение мочевого пузыря. У 6 пациентов (3%) выявлены серомы, одна из них потребовала иссечения оболочки. По нашим данным, методика eTER позволяет, по сравнению с открытой техникой Sublay, снизить количество ИОХВ, болевой синдром, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре и сроки реконвалесценции. Преимущества перед IPOM заключаются в уменьшении числа сером и энтеротомий, хронической боли, а также в снижении финансовых затрат. Основным недостаток – длительная кривая обучения. Вместе с тем, отдаленные результаты eTER, касательно восстановления функции брюшной стенки, рецидивов и спаечных реакций, ещё предстоит оценить.

449. Лапароскопическая аппендэктомия: анализ 24-летнего опыта

Юдин В.А., Осипов В.В., Щанкин Д.В.

Рязань

Областная клиническая больница

Острый аппендицит относится к числу болезней, предотвратить которые наука не может даже сегодня. Заболеваемость по разным данным составляет от 2-3 до 4-5 случаев на 1000 человек в год. Единственным способом лечения аппендицита является оперативное вмешательство. Летальность при остром аппендиците прямо пропорциональна деструкции его стенки и составляет от 0,1% при неперфорированном аппендиците до 3% при его перфорации. В случае поступления позже 24 часов с момента появления первых признаков болезни вероятность осложнений повышается в 5-10 раз. Нами проведён анализ 24-летнего опыта проведения лапароскопических аппендэктомий в условиях 2-го хирургического отделения ОКБ Рязани. С момента выполнения первой подобной операции в 1996 году выполнено 652 аппендэктомия лапароскопическим доступом. Как правило, пациенты поступали в досуточном промежутке времени. В этом случае как правило имелись случаи неосознанных морфологических форм аппендицита. При более поздних обращениях за медицинской помощью предсказуемо увеличивалась частота осложнённого течения острого аппендицита. Тем не менее анализ этих случаев позволил установить зависимость благоприятного исхода операции прежде всего от опыта хирурга и наличия соответствующей материально-технической базы. Выполнение операций проводится по стандартной 3-портовой технике согласно схеме триангуляции. Культя как правило обрабатывалась "лигатурным" способом или наложением лапароскопического кометного и z-образного (редко) швов. Во всех случаях операция завершилась санацией и дренированием брюшной полости (дренаж при неосложнённых формах острого аппендицита удалялся в первые сутки после операции). Среднее время оперативного пособия составляет 40±6 минут. К числу осложнений лапароскопической аппендэктомии за рассматриваемый период времени относятся: микроабсцесс культи отростка (2 случая), абсцесс брюшной стенки в месте удаления аппендикса (3 случая), кровотечения в брюшную полость из

аппендикулярной артерии (2 случая). Освоение техники лапароскопических операций является для современного хирурга залогом успешной работы, позволяя снизить количество осложнений и диагностических ошибок и повысить качество жизни пациентов.

450. Лапароскопические технологии при заболеваниях поджелудочной железы

*Козлов И.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.,
Байдарова М.Д.*

Москва

Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии им. А.В. Вишневого МЗ РФ

Цель: Оценить непосредственные и отдаленные результаты лапароскопических резекций поджелудочной железы (ПЖ). Материалы и методы: Лапароскопические операции выполнены 62 больным (женщин – 51, возраст – от 23 до 68 лет) с опухолями ПЖ (53) и хроническим панкреатитом (9). При комплексном обследовании до операции изменения ПЖ расценены как кистозная опухоль у 36 больных. У 14 больных выявлено солидное поражение ПЖ. Первично-множественное поражение головки и тела (3) выявлено при внутрипротоковой папиллярной муцинозной и нейроэндокринной опухоли ПЖ. Признаки хронического панкреатита и постнекротических кист констатированы у 9 больных. Средний размер образований – 5,1 см (в пределах от 0,9 до 9,0 см). Лапароскопическая дистальная резекция ПЖ без спленэктомии выполнена у 24 пациентов. При этом селезеночные сосуды сохранены у 21 больного, частично иссечены у 3 пациентов. У 3 больных дистальная резекция ПЖ была дополнена резекцией селезенки. Операция дополнена спленэктомией у 8 пациентов. В 1 случае выполнена атипичная (краевая) резекция ПЖ. Лапароскопически-ассистированная срединная резекция ПЖ произведена 12 больным. ПЖ пересекалась слева от опухоли ультразвуковым скальпелем, справа – Endo GIA. Пересечение тонкой кишки и межкишечное соустье производилось

аппаратом Endo GIA. Из минилапаротомного доступа на петле тонкой кишки по Ру формировался панкреатоеюноанастомоз. Лапароскопически-ассистированная проксимальная резекция ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнялась в изолированном варианте (9) или в сочетании со срединной резекцией (1). Ультразвуковым скальпелем над верхнебрыжеечной веной пересекалась ПЖ и производилась диссекция ткани головки железы. Формировали межкишечный анастомоз (Endo GIA). Из минилапаротомного доступа при изолированной операции сформирован панкреатоеюноанастомоз, а при сочетании со срединной резекцией – терминотерминальный и терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле кишки. Лапароскопически-ассистированная частичная резекция головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом (операция Фрея) произведена 3 больным хроническим панкреатитом. Еще у одного больного сформирован продольный панкреатоеюноанастомоз. Лапароскопически-ассистированная пилоросохраняющая ПДР произведена у 3 больной. Мобилизация панкреатодуоденального комплекса выполнена лапароскопически. Реконструктивные анастомозы сформированы из минилапаротомного доступа. Результаты: Средняя продолжительность операции и кровопотеря составила 195 мин. (от 65 до 520 мин.) и 170 мл (от 20 до 1500 мл). Гистологическая структура соответствовала хроническому калькулезному панкреатиту (4), постнекротической (5) и истинной (1) кисте, муцинозной (14) и серозной (16) цистаденоме, нейрофиброме (1), внутрипротоковой папиллярной муцинозной (6), солидной псевдопапиллярной (2), нейроэндокринной (9) опухоли, цистаденокарциноме (3), а также гемангиоме (1). После лапароскопических операций оперированы повторно 6 больных (внутрибрюшное кровотечение – 5, холедохо-дуоденальный свищ – 1). Наружный панкреатический свищ возник у 24 (37%) оперированных больных. Летальных исходов не было. При обследовании больных в отдаленные сроки (12-61 мес.) после операции рецидива заболевания и экзокринной недостаточности железы не выявлено. Нарушения углеводного обмена констатированы у 12 больных. Заключение: Тщательная техника лапароскопической диссекции различных отделов поджелудочной железы позволяет минимизировать число послеоперационных осложнений и облегчает выполнение органосберегающих вмешательств: удаления головки с сохранением

двенадцатиперстной кишки, дистальной резекции с сохранением селезенки и ее сосудов. Лапароскопическая резекция ПЖ может считаться обоснованной при тщательном отборе пациентов, а также при условии проведения срочного гистологического исследования.

451. Результаты лечения перфораций средней трети пищевода

*Кригер П.А (1), Прищепо М.И (1), Кузьмичев В.С (1),
Ершова К.И (1), Яблонский П.К (2).*

Москва
2) Санкт-Петербург

1) ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф. Владимирского,
торакальное отделение
2) СПбГМУ. кафедра хирургии

Актуальность. Из всех локализаций повреждений пищевода перфорации в средней его трети являются наиболее трудными в хирургическом лечении. Это обусловлено невозможностью выполнить надежное ушивание перфорации, а также трудностями дренирования этой зоны. Различные способы укрепления шва пищевода лоскутами перикарда, плевры, межреберными мышцами, большим сальником, диафрагмой не получили широкого распространения. Основным способом лечения является дренирование зоны повреждения различными способами в сочетании с гастростомией, что направлено на самостоятельное закрытие дефекта и обеспечение энтерального питания. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 24 пациентов с повреждениями средней трети пищевода. По механизму возникновения преобладали ятрогенные повреждения (16), повреждения инородными телами в 4-х случаях и у 4-х больных внешняя травма. Все пациенты поступили в сроки более суток от момента перфорации с различными гнойно-септическими осложнениями. Для адекватного дренирования зоны перфорации торакотомия выполнена 13 пациентам. 12 больным выполнена гастростомия лапаротомным доступом. У 7 пациентов применены миниинвазивные

технологии: 2-м больным для временной герметизации дефекта выполнена установка саморасширяющегося эндостента и дренирование заинтересованной плевральной полости. В 1 наблюдении выполнена торакотомия справа, ушивание дефекта пищевода и формирование эндоскопической пункционной гастростомы. 1 пациенту произведено видеоторакоскопическое дренирование зоны перфорации и лапаротомия, ушивание перфоративной язвы ДПК, прошивание абдоминального сегмента пищевода, гастростомия. У 1 пациентки выполнено видеоторакоскопическое дренирование, эндоскопическая пункционная гастростомия. В 1 случае выполнено дренирование плевральных полостей, пункционная гастростомия и установка VAC- системы в пищевод. Еще 1 больному произведено видеоторакоскопическое дренирование зоны перфорации, пункционная гастростомия и установлена в пищевод внутрисветовая VAC- система. Результаты: В группе пациентов с торакотомным дренированием закрытие дефекта отмечено у 4 больных, в 1 случае сформировался псевдодивертикул, 7 пациентов переведены на долечивание со стойкими эзофагоплевроторакальными свищами. Сроки лечения этих больных составили 17-47 дней. 1 пациент умер на фоне сепсиса после многократных повторных операций. После установки саморасширяющегося пищевода эндостента удалось достичь временной герметизации дефекта, однако оба пациента умерли на фоне прогрессирующего системного воспаления и полиорганной недостаточности. При аутопсии отмечено, что установленный стент расположен адекватно, перекрывая дефект стенки пищевода, но заживления перфорации не отмечено. Пациенты, которым выполнено торакоскопическое дренирование зоны перфорации (3) не потребовали повторных вмешательств на плевральной полости, у 2 больных дефект полностью закрылся самостоятельно, в 1 случае сформировался псевдодивертикул, который позволил пациенту питаться через рот в полном объеме, сроки лечения составили 22-28 дней. У 1 пациента с установленной VAC- системой гнойная полость в средостении очистилась, протяженность дефекта уменьшилась с 6 до 2 см. Еще 1 больной с VAC- системой лечится в настоящее время. Обсуждение: использование саморасширяющихся стентов возможно у больных находящихся в крайне тяжелом состоянии для временной герметизации дефекта и подготовки к оперативному лечению. Выполнение пункционной гастростомии позволяет избежать лапаротомии, время выполнения этой операции составляет 10-20

мин. Применение видеоторакоскопической техники позволяет не только выполнить адекватное дренирование зоны перфорации пищевода, но и произвести полноценную санацию плевральной полости, декорткацию легкого, при этом продолжительность операций остается в пределах 1 часа. Применение VAC- системы представляется целесообразным для очищения околопищеводного затека и закрытия дефекта. Выводы: Тяжесть состояния и прогноз заболевания при перфорациях средней трети пищевода определяется давностью перфорации и выраженностью гнойных осложнений. Сочетание видеоторакоскопии с внутриспросветной VAC- терапией обеспечивают надежное и контролируемое дренирование зоны перфорации и способствует заживлению дефекта пищевода. Для обеспечения питания наиболее целесообразно выполнять пункционную гастростомию.

452. Организационные аспекты внедрения программы ускоренного выздоровления

*Зубрицкий В.Ф.(1), Лаптева Е.А. (1),
Ильченко Ф.Н.(2), Кондратюк Э.Р.(2)*

Москва,
2) Симферополь

- 1) Медицинский институт непрерывного образования Московского государственного университета пищевых производств,
- 2) Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУВО «КФУ им. В.И.Вернадского»

Выздоровление хирургического пациента без осложнений и сокращений длительности пребывания в стационаре цель любого хирурга. Развитие хирургических технологий (способов и методов оперативного вмешательства, усовершенствование доступов, использование лазерной хирургии и т.д.) и поиск эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском привели к возникновению и развитию нового направления –fast track surgery (FTS) или как более распространено в странах СНГ,

программе ускоренного выздоровления (ПУВ). Новая концепция стала ассоциироваться с двумя терминами: «быстрый путь в хирургии»- fast track surgery и «ускоренного восстановления после хирургических операций» - enhanced recovery after surgery (ERAS). Однако история возникновения ПУВ датируется 1997г., когда датский анестезиолог-реаниматолог, профессор Генри Кехлет, проведя системный анализ патофизиологических механизмов возникновения осложнений после плановых хирургических вмешательств, выявил определенную комбинацию элементов (пред-, интра- и послеоперационного ведения хирургического пациента), способствующих повышению скорости восстановления пациента и снижения осложнений послеоперационного периода. На момент становления программы акцент делали на ускорение выписки больного из стационара и уменьшение стоимости лечения. Первоначально использовали лишь отдельные компоненты. В дальнейшем концепция была доработана и всесторонне расширена. Претерпевая преграды по внедрению, программа fast track surgery в начале в Европе и в Америке, а позже и странах СНГ, давала свои как положительные, так и отрицательные плоды. Трудности возникали с неодобрением и настороженностью по реализации программы (классическая хирургическая школа отвергала мультимодальную программу). Концепция “ускоренной” хирургии Кехлета получила всеобщее признание, что привело к внедрению протоколов “ускоренной хирургии” во всем Западном полушарии. Признавая, что успех ускоренных протоколов требует более тесного сотрудничества между хирургами и анестезиологами, доктор Кехлет установил основанные на фактических данных руководящие принципы для периоперационного лечения боли, также называемые PROSPECT. Трудности возникали в основном организационного характера, в штате необходим был координатор проекта, что в какой-то мере увеличивало затраты на ее реализацию. В странах СНГ в виду наличия страховой медицины ПУВ реализуется по законам страховых компаний, а не протокола. Более того наличие клинических рекомендаций и протоколов по лечению того или иного заболевания, без присутствия в них ПУВ настораживает и останавливает ее внедрение. Заведующие отделений и главные врачи требуют юридическую версию возможности использования ПУВ в стационаре, никто не готов брать ответственности за возможные неудачи программы. После принятия клинических рекомендаций в колопроктологии,

ПУВ стала активно внедряться в колопроктологии (как и на Западе, именно колоректальная хирургия была стартовой площадкой ПУВ). Очень много вопросов к доказательной базе в отношении эффективности и реальности ПУВ (проведен анализ 51 литературного источника, изданного в период 2006-2018гг). О качестве оказываемой помощи в аспектах ПУВ можно будет судить не только после проведения клинических испытаний, но экспериментов на животных, чего в доступной литературе не описано в достаточном объеме. ПУВ будет претерпевать изменения в своих элементах при каждом конкретном заболевании, поскольку протокол не может быть использован во всех нозологических единицах одинаковый. Однако стоит отметить, что ПУВ является программой реальной помощи врачам и прежде всего пациентам.

453.65 лет Музею истории хирургии ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Ревиншвили А.Ш., Кузнецова Т.А., Глянцев С.П.

Москва

1"НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского"

Минздрава России, Москва

2"НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева"

Минздрава России, Москва

В 2019 г. Музей истории хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России будет праздновать юбилей. Днем его рождения можно считать 22 марта 1954 г., когда в соответствии с распоряжением №51 Президиума АМН СССР в 5-м корпусе Института хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР был основан Кабинет-музей Н.И. Пирогова. Экспозиция Кабинета-музея была открыта в 1956 г. В коллекцию входило большое количество уникальных документов, принадлежащих Н.И. Пирогову. Была составлена биобиблиография научного, литературного и эпистолярного наследия Н.И. Пирогова. Директор Кабинета-музея А.Б. Серебренников под руководством научного руководителя, профессора

А.М. Геселевича, проводил активную музейно-экспозиционную и исследовательскую работу. Кабинет-музей являлся рабочим органом Пироговской комиссии при Президиуме АМН СССР и Правлении Всесоюзного научного общества хирургов и выполнял задачи по организации всесоюзных Пироговских чтений, изданию сочинений Н.И. Пирогова В процессе работы постепенно сформировалась вторая часть Музея, посвященная истории Института хирургии им. А.В. Вишневского. Основа коллекции Музея была заложена в 1940-х гг. и представляла собой архивные документы, фотографии, личные вещи А.В. и А.А. Вишневских, автографы выдающихся хирургов. Фонды объединенного Музея можно условно подразделить на группы: 1) история русской и советской хирургии; 2) литература о великих хирургах, оказавших влияние на развитие хирургии; 3) архивы Н.И. Пирогова, В.И. Разумовского, А.В. Вишневского, А.А. Вишневского, Н.И. Краковского и др.; 4) материалы хирургических обществ и съездов: Съезды хирургов СССР и РСФСР, труды Пироговских чтений и др.; 5) документы, посвященные истории приоритетных направлений в хирургии и др. Экспозиция Музея реорганизовывалась дважды. В 1976 г. под руководством академика АМН СССР М.И. Кузина, и в 1995 г. под руководством академика РАМН В.Д. Федорова. Затем музей был законсервирован. Небольшая экспозиция была открыта в 2016 г. после ремонта помещения, но нынешний статус НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, как и состояние современной хирургии России она не отражает. Фонды Музея необходимо пополнить музейными предметами конца XX века, отражающими развитие технологий в тех направлениях, которые являются приоритетными для НМИЦ хирургии. Однако учитывая, что многие документы из Фондов музея уникальны и представляют большой интерес для хирургической общественности страны в целом, считаем, что необходимо создавать гибридный, традиционно-мультимедийный Музей. Проект экспозиции такого Музея хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского может отражать: • Вклад Н.И. Пирогова в развитие русской хирургии • Историю Больничного городка Московского купеческого общества на Щипке— создание 3-d модели больничного городка. • Историю создания и становления Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР 1945-1947 гг. • Историю Института хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР 1947-1975 гг. • Историю Института хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР 1976-1987 гг. История Института хирургии им. А.В. Вишневского

АМН СССР – РАМН 1988 – 2010-е гг. • НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского – «движение вверх» 2016-2019 гг. Сохранив все уникальное, что было в нашем Музее ранее, мы должны создать современный гибридный (традиционный и интерактивный) Музей, который бы не только давал знания истории специальности и современному состоянию хирургии врачам-хирургам и сотрудникам НМИЦ хирургии, но и позволял бы его посетителям и пациентам лучше понять многогранность и сложность профессии хирурга, что в конечном итоге будет способствовать повышению престижа НМИЦ хирургии, так и российской хирургии в целом в стране и за ее пределами.

454.К истории хирургической периодической печати в России: вопросы периодизации

Нечаев О.И.1, Глянцев С.П.2

Москва

1 НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского
Минздрава России, Москва
2 НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева
Минздрава России, Москва

Хирургическая периодическая печать (ХПП) давно стала необходимым атрибутом деятельности хирургов всех специальностей, инструментом обсуждения опыта, спорных положений, пространством для дискуссий и обмена мнениями. Истории ХПП в России посвящены труды С.П. Глянцева, Е.И. Зайцева, В.М. Седова и др. Однако вопросы периодизации в них не рассмотрены. Первые статьи по хирургии в России появились в Военно-медицинском журнале. В дальнейшем хирургические статьи публиковали «Записки Общества физических и врачебных наук» и ряд других изданий. Первым регулярным специализированным изданием, посвященным хирургии, стал «Хирургический вестник» Н.А. Вельяминова, выходивший с 1885 г. (С-Петербург). Следующим журналом стали «Хирургические летописи», выпускать которые в 1891 г. стал П.И. Дьяконов. Они были посвящены публикации результатов деятельности русских хирургов. Однако

и «Вестник» и «Летописи» в 1895 г. прекратили свое существование. Первым российским журналом, который в 2015 г. отметил свое 130-летие, стал журнал «Хирургия» в издании которого принимали участие П.И. Дьяконов, Н.В. Склифосовский, А.П. Чехов. Первая мировая война, революции 1917 года и Гражданская война внесли свои коррективы в ХПП, выпуск которой был прекращен. Первым советским хирургическим журналом стал «Новый хирургический архив», который в 1921 г. основал Я.О. Гальперн. К 1926 г. в СССР выходило уже пять хирургических журналов, при этом все они публиковали статьи на самые различные темы. Основными рубриками были: хирургическая реабилитация при заболеваниях и травмах, ургентная и гнойная хирургия. Первым специализированным изданием стал журнал «Ортопедия и травматология» (1927), следующим – «Вопросы нейрохирургии» (1937). К 1962 г. в СССР выходило уже девять хирургических журналов, в том числе шесть – специализированных. После смены экономического строя в России ХПП пережила несколько трудных лет, когда государственное финансирование журналов практически прекратилось, а частного еще не было. С 1990-х годов начался выпуск журналов на привлеченные внебюджетные средства. Ряд журналов стал выпускаться академическими НИИ («Анналы хирургии»), врачебными ассоциациями («Анналы хирургической гепатологии») и др. В настоящее время в России выходит порядка 30 журналов хирургического профиля. Расширение отдельных направлений хирургии привело к появлению специализированных журналов по отдельным анатомо-топографическим («Хирургия позвоночника»), нозологическим («Эндокринная хирургия») и медико-техническим направлениям («Эндоскопическая хирургия»). Статьи по хирургической тематике публикуются в журналах созданных на стыках научных направлений («Biomedical Photonics»). Журналы, в которые принимаются хирургические статьи можно разделить по анатомическому принципу («Клиническая и экспериментальная тиреоидология»), по отдельным группам нозологий («Анналы аритмологии»), широкой тематики («Хирургическая практика»). По географическому принципу – российские («Пермский медицинский журнал») и зарубежные. Таким образом, в истории ХПП в России можно выделить следующие периоды: 1-й период (XIX век). Предыстория создания отечественной ХПП. 2-й период (1895 – 1920-е гг.). Создание первых профильных журналов, издаваемых как за счет редактора и

профессиональных сообществ. 3-й период (1920-е – 1940-е гг.). Развитие ХПП, появление узкоспециализированных журналов. Уменьшение количества и объема журналов в период Великой отечественной войны. 4-й период (1940-е – 1990-е гг.). Увеличение количества специализированных журналов, рост номенклатуры и тиражей журналов (до 30000 экземпляров в год) при полной финансовой поддержке государства и идеологическом контроле. 5-й период (1990-е гг. – по наст. время). Широкий спектр узкоспециализированных журналов, журналов широкого профиля и хирургические статьи в общемедицинских журналах. Финансирование изданий осуществляется за счёт спонсорской помощи, авторских взносов, врачебных ассоциаций. Изучение истории ХПП в России будет продолжено.

455. Первый опыт пероральной эндоскопической миотомии в лечении ахалазии кардии

*Шаповалов А.В., Богданов А.П.,
Терещенко С.Г., Шабаров В.Л., Ершова К.И.,
Кригер П.А., Кузьмичев В.А.*

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ

Введение В отделение торакальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. Владимирского трем пациентам с ахалазией кардии выполнена пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). Возраст пациентов колебался от 33 до 40 лет (2 женщины и 1 мужчина). Все пациенты поступили в клинику с уже установленным по результатам рентгеноскопии и эндоскопического исследования пищевода и желудка диагнозом. Для определения стадии ахалазии применяли классификацию Петровского (1962). Диагноз ахалазия кардии 3 ст был установлен у двух пациентов, 2 стадия - одному пациенту. Двум пациентам на предоперационном этапе проводилась манометрия высокого разрешения. По данным манометрии был поставлен диагноз ахалазия 2 типа по Чикагской классификации (2014). В предоперационном периоде выраженность жалоб пациентов

оценивалась по шкале Eckardt и составляла от 5-7 баллов. Результаты лечения С целью подготовки к операции всем больным производилось промывание пищевода с помощью назогастрального зонда. За 30-60 мин проводилась внутривенная антибиотикопрофилактика. ПОЭМ выполнялась эндоскопом фирмы Olympus GIF - H185 диаметром 9.2 мм с прозрачным колпачком для диссекции. Использовались ножи Finemedix Q-тип, щипцы для горячей биопсии, эндоскопические клипсы Endostars. Этапы операции соответствовали стандартному протоколу. В средней трети пищевода по задней стенке, с помощью эндоскопической иглы производилось введение в подслизистый слой физ. раствора 0,9% подкрашенным индигокармином. В месте инъекции производился линейный разрез слизистой. Затем, с методом диссекции, создается туннель в подслизистом слое пищевода с переходом на верхнюю треть желудка. Общая длина туннеля составляет около 15-16 см. После создания туннеля начинается этап миотомии. Средняя протяженность миотомии составляет 13-14 см. После тщательного гемостата разрез в средней трети пищевода закрывается эндоскопическими клипсами. Среднее время оперативного вмешательства варьировало от 110 до 250 минут. Спустя сутки после операции выполняли контрольное рентгенконтрастное исследование: во всех случаях отсутствовало затекание контрастного вещества за пределы просвета пищевода и отмечено свободное поступление контраста в желудок. На вторые сутки после операции пациенту разрешается пить воду, с третьих суток разрешается прием жидкой пищи с постепенным расширением рациона. При выписке пациенты отмечали удовлетворительное прохождение пищи по пищеводу. Выводы Результаты пероральной эндоскопической миотомии при ахалазии кардии подтверждает, что метод является эффективным, безопасным и малотравматичным для пациента. Повышение числа прооперированных больных позволит дать комплексную оценку как ранних так и отдаленных результатов лечения. При традиционной лапароскопической операции Геллера проведение миотомии во всех случаях сопровождается разрушением естественных анатомических структур, обеспечивающих антирефлюксный механизм кардии. В связи с этим, для укрепления участка миотомии, профилактики рестеноза и предотвращения рефлюкса как правило операция дополняется фундопликацией по Дору. В связи с эндоскопическим вариантом операции фундопликация не проводится, но и не страдает связочный аппарат кардии. А кроме того, при

ахалазии отсутствует один из основных механизмов рефлюкса, а именно смещение пищеводно-желудочного перехода выше диафрагмы. В связи с этим тезис о риске возрастания рефлюкса не представляется возможным принимать на веру. Для уточнения данного положения проводится исследование наличия рефлюкса до и после вмешательства в отдаленном периоде.

456.Эндоскопическое лечение псевдокист поджелудочной железы

*Шабунин А.В. Бедин В.В.Тавобилов М.М.
Коржева И.Ю.Карпов А.А.
Колотильщиков А.А.Венгеров В.Ю.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им.С.П. Боткина ДЗМ

Введение. Лечение хронического панкреатита и его осложненных формы является одной из актуальных проблем современной хирургии ввиду высокой заболеваемости работоспособного населения. Хронический панкреатит является часто встречающейся патологией, в России заболеваемость ХП составляет 27,4-50 случаев на 100000 населения в год. Псевдокисты поджелудочной железы встречаются в 20-40% случаев. Современные методы диагностики и лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистами поджелудочной железы, позволяют улучшить результаты лечения этой категории больных. Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с 2007 по декабрь 2018 года находились на лечении 417 больных с хроническим панкреатитом, прооперировано 314 пациентов. У всех пациентов использовался стандартный диагностический алгоритм, включающий ультразвуковое исследование с доплеровским картированием (УЗИ), эндоскопическую эзофагогастродуоденоскопию, спиральную компьютерную томографию с пероральным и внутривенным контрастированием, исследование крови на СА19-9 и РЭА. МРХПГ выполнялось по показаниям. В случаях, когда нельзя полностью

исключить опухолевое поражение выполнялось эндоскопическое УЗИ с тонкоигольной биопсией. Средний возраст больных составил $46,4 \pm 2,53$ (от 20 до 70 лет), большую часть пациентов составили мужчины 332 (79,7%), женщин 85 (20,3%). На этапе дообследования выявлено, что вирсунголитиаз и панкреатическая гипертензия имела в 63%, хронические кисты диагностированы у 34% пациентов, у 18% имела билиарная гипертензия, у 8% выявлена дуоденальная непроходимость, портальная гипертензия у 7% больных. У 54 больных с кистами поджелудочной железы, после исключения панкреатической гипертензии и вирсунголитиаза, фиброзных изменений поджелудочной железы, дистрофии двенадцатиперстной кишки и исключения опухолевого генеза кистозного образования, выполнялось внутреннее дренирование под ЭУС контролем. Из них 29 (9,2%) пациентам нитиновым стентом, 25 (7,8%) больным двумя пластиковыми стентами. Всем пациентам стенты удалялись через 4-6 недель после выполнения контрольного СКТ исследования. Результаты. Осложнения были диагностированы у 5 больных, дренированных пластиковыми стентами (нагноение псевдокисты, дислокация стентов, желудочно-кишечное кровотечение из зоны сформированного соустья) и у 3 пациента, дренированного нитиновым стентом (дислокация стентов, желудочно-кишечное кровотечение из зоны сформированного соустья). Послеоперационной летальности не было. Рецидив псевдокист выявлен у 4 больных после дренирования двумя пластиковыми стентами. После стентирования нитиновым стентом рецидив псевдокисты диагностирован у 1 больного. Выводы. Применение эндоскопического стентирования нитиновым стентом у больных с хроническим панкреатитом, осложненными псевдокистами поджелудочной железы позволило сократить количество осложнений и рецидивов у данной категории больных.

457. Гастродуоденоскопия как метод исследования при профилактических осмотрах (неопубликованный материал 80-х годов XX века)*Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д.*

МКНПЦ, Краснодар, 3 ГКБ

Актуальность. Профилактический осмотр – единственное эффективное направление ранней диагностики заболеваний, особенно онкологических, а методы исследования – главная его составляющая. Цель сообщения – показать возможности гастродуоденоскопии при проведении массовых профилактических осмотров организованных групп населения. Клинический материал. Впервые в 1983г. по приглашению руководства строящейся второй очереди Сургутской ГРЭС, а в 84-88 гг – нефтяников, газовиков и энергетиков Нижневартовска, Уренгоя, Нового Уренгоя, Тюмени, других регионов РФ в 80-е годы мы проводили эндоскопические исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в течение 1-2-3-х недель, в зависимости от количества желающих. Мы не ограничивали этот процесс, но не рассчитывали на «поток». В ряде регионов круг врачей-специалистов нашей группы и методик расширялся за счет использования УЗИ. Обследовано более 2000 человек, ежедневно по 40-80 пациентов («рекорд» - 112) с 9.00 до 14.30 (рабочий день сотрудников). Контингент – добровольно согласившиеся на обследование рабочие и служащие предприятий. Эндоскопию выполняли два врача. Помощники - работники медицинских подразделений (медпункт, медсанчасть). В цехах составлялись списки желающих и передавались в медпункт. Сотни записавшихся нас встревожили и заставляли искать выход – как одним эндоскопом обследовать сотни людей?

Методика организации и проведения исследования. Схема работы: обследования добровольцев – 2 дня, на 3-й - встреча с обследованными пациентами в клубе, ответы на вопросы, индивидуальные беседы с желающими, передача информации врачам поликлиники. В медпункте организовали эндоскопическую: подвижный операционный стол, подставку (стойка для капельницы) для эндоскопа у головного конца стола с несколькими большими емкостями (3-х литровые бутылки) для мыльного раствора, антисептика, спирта. На столике – инструменты (щипцы, щетки для цитологии, канюля, шприцы), красители (конго красный, раствор люголя,

индигокармин), салфетки, флаконы с формалином и т.д. Пациенты занимали место на 10-15 стульях, расставленных по проходным комнатам, и перемещались по мере освобождения в сторону эндоскопической. Каждому пациенту выдавались заготовленные бланки, которые они сами заполняли ФИО, возраст, жалобы, диагноз предыдущих обследований, графы эндоскопического диагноза и подпись врача (протоколы не писались, но делались рисунки о локализации обнаруженных изменений). По показаниям проводилась премедикация (атропин, седативные). Медсестра подавала врачу обработанный дуоденоскоп, с помощью которого осматривались дистальный отдел пищевода, кардия, желудок и дуоденум до БДС, при извлечении эндоскопа отделы осматривались повторно. По показаниям изучались кислотность и особенности рельефа желудка и пищевода. Извлекаемый врачом эндоскоп обхватывался руками сестрой и обрабатывался салфетками (удалялась слизь) с антисептиками, последовательно помещался в бутылки с растворами и прокачивался ими канал, а сестра повторно обрабатывала поверхность эндоскопа. Эти действия выполнялись пока один пациент вставал со стола, а другой – его занимал. Врач оценивал состояние пациента (при необходимости оставляли под наблюдение), вписывал диагноз в анкету, подписывал направление для дополнительных исследований. Результаты. Из документов о проведенной нами многолетней работы сохранился один: из 620 обследованных органических изменений при гастродуоденоскопии пищевода, желудка и начального отдела дуоденум не обнаружено у 26 %, эрозивно-язвенные поражения диагностированы у 29 %, полипоидные – у 4% (произведены полипэктомии), рак – у 0,02 %, у остальных – различные виды гастритов (гиперацидность - у 18 %). Неудачных исследований не было. Резюме. Эндоскопия – высоко информативный метод исследования органов желудочно-кишечного тракта, который можно было использовать при профилактических обследованиях. С учетом современных требований к эндоскопии она может быть использована в качестве метода профилактического метода при наличии большого количества оборудования и небольшого контингента пациентов.

458. О некоторых аспектах эндоскопической хирургии в стационаре кратковременного пребывания больных.

Балалыкин В.Д. Балалыкин А.С

Краснодар, ГКБ № 3; Москва, МКНПЦ

Актуальность. Одна из проблем здравоохранения - сохранение доступности качественного лечения за эффективного использования коечного фонда путем развития стационарозамещающих форм (СЗФ) оказания хирургической помощи населению. Одним из средств решения этой проблемы является применение нового направления в хирургии – эндоскопической хирургии.

Цель исследования – оценить возможность применения и эффективность эндохирургии при некоторых хирургических заболеваниях.

Материал и методы. В 1998–2017 гг накоплен опыт лечения 2617 пациентов с желчекаменной болезнью (калькулезным холециститом-2184, холецисто-холедохолитиазом-321, холедохолитиазом-112), которым выполнено 2938 различных операций: 2505 операций ЛХЭ и у 433 больных 699 чреспапиллярных операций (ЭРПХГ – 382, механическая экстракция, литотрипсия и стентирование желчных протоков пластиковыми стентами – 317); и 92 больных с различными заболеваниями (71-болезнь Рейно, 3-тромбозом плечевой артерии, 18-гиперкератозом), которым произведена операция верхнегрудная симпатэктомия (у 85-двухсторонняя, причем у 75 – без дренирования плевральных полостей. Результаты. При лечении 2617 больных у 24 (0,92%) отмечены различные осложнения. Учитывая различный характер операций и опасность осложнений мы проанализировали избирательно их частоту. При проведении 2505 операций ЛХЭ отмечено 4 (0,15 %) повреждения гепатикохоледоха, причем у 1 (0,04 %) – полное пересечение желчного протока. Все пациенты были оперированы профессором В.И.Оноприевым и выздоровели. Самым серьезным осложнением чреспапиллярных операций является острый панкреатит и, естественно, панкреонекроз, который имел место у 7 (1,6 %) пациентов, причем панкреонекроз – у 3 (0,3 %). Все пациенты были переведены в краевую больницу и лечились под руководством В.И.Оноприева. Возникновение подобных серьезных осложнений после проведения чреспапиллярных операций,

неожиданных для пациентов и родственников и дискредитирующих эндохирургию и её исполнителей, заставило нас отказаться от их проведения и исключить из арсенала средств лечения холангиолитиаза. Кроме указанных были отмечены у 13 (0,5 %) пациентов другие осложнения (кровоточивость ложа желчного пузыря и разреза БДС, нагноения мест введения троакаров и т.д.), не повлиявших на характер лечения больных.

При проведении 92 операций верхнегрудных симпатэктомий были получены положительные результаты, осложнений не отмечено.

Резюме. Амбулаторная направленность и расширение объема и качества хирургических операций за счет внедрения эндоскопической хирургии представляется большим достижением современной медицины. Соблюдение организационных, тактических и технических принципов обеспечивает успех операций ЛХЭ и грудной симпатэктомий и возможность ее проведения в СКПБ. Использование высококачественных эндоскопических технологий и стационарозамещающих форм лечебных учреждений открывает перспективы сокращения потребления больными лекарственных препаратов (в том числе наркотических), уменьшение сроков временной нетрудоспособности и оплаты больничных листов.

МАТЕРИАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ФОРУМА-2019 г. МОСКВА, 10-12 АПРЕЛЯ 2019 г.

Для доступа к тезисам перейдите по ссылке:



<https://congress.surgeons.ru/xxii-s-ezd-roekh-2019/posmotret-tezisy>

или отсканируйте QR-код:



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