

Международная научно-практическая конференция

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

МАТЕРИАЛЫ

Санкт-Петербург 2014

Организаторы:

Министерство здравоохранения Российской Федерации Правительство Санкт-Петербурга Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга Отделение медицинских наук РАН

Общероссийская общественная организация «Общество врачей России»
Общероссийская общественная организация «Российское общество эндоскопических хирургов»
Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»
СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»
МОО «Человек и его здоровье»

Председатели оргкомитета конференции: Президент Общероссийской общественной организации «Российское общество эндоскопических хирургов» Емельянов С.И. Главный врач СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» Гуманенко Е.К.





Международная научно-практическая конференция

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

МАТЕРИАЛЫ

20 - 21 ноября 2014 Санкт-Петербург

Научное издание

Эндовидеохирургия в условиях многопрофильного стационара:

материалы Международной научно-практической конференции: / Под ред. проф. Гуманенко Е.К.

- СПб.: Изд-во « Человек и его здоровье», 2014 г. -176 с.

Материалы публикуются в авторской редакции

Издательство «Человек и его здоровье» 191025, Санкт-Петербург, а/я 2 Тел./факс: +7 (812) 380-31-55, 380-31-56 ph@peterlink.ru www.congress-ph.ru

Технический редактор: Кольцова И.В. Дизайн, верстка: Ларионова О.В. Электронное издание

Подписано в печать 29.10.2014 Формат 60х90 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс Нью Роман» Печать офсетная. Тираж 200 экз.

ISBN 978-5-9905495-4-8

[©] Издательство «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2014

[©] Коллектив авторов, 2014

OHAPA

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВАРИАНТА IPOM ПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г., Бескровный Е.Г., Алешков А.В., Ефанов Д.А. Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург

В настоящее время в гериологической практике было предложено использовать композитные синтетические протезы, многослойного строения и позволяющие не выполнять перитонизацию протеза как в открытой так и в лапароскопической модификациях IPOM пластики. Это явилось несомненным преимуществом перед использованиям не защищенных гелевым барьером сетчатых имплантов и дало новый толчок в развитии данного сегмента хирургии. Учитывая общую актульность проблемы хирургического лечения п/о вентральных грыж и грыж белой линии живота, а также интенсивное использование лапароскопической техники заставило пересмотреть привычные каноны в лечении данной категории пациентов повсеместно, и наша клиника не стала исключением в данном вопросе.

Нами представлен опыт хирургического лечения 14 пациентов с небольшими ПОВГ, грыжами белой линии живота и пупочными грыжами. В соответствии с классификацией SWR по размеру грыжевого мешка больные были отнесены к группе W1. 8 из них с п/о вентральными грыжами, 5 с пупочной грыжей и один пациент с грыжей белой линией живота выше пупочного кольца. Подавляющее большинство женщины (11 человек), возраст пациентов от 36 до 68 лет. Всем пациентов выполнялось предоперационное УЗИ мягких тканей для оценки грыжевого дефекта.

Операция выполнялась под ЭТН. Пациент в положении на спине. По передней подмышечной линии на середине расстояния от реберной дуги до крыла подвздошной кости по методике Хасана устанавливался основой порт для видеокамеры. Дополнительные троакары устанавливались в зависимости от локализации грыжи, чаще всего по бокам от основного порта на 5 см. После адгезиолизиса холодной диссекцией прецизионно выделялись грыжевые ворота, производилась оценка их размера. Содержимое грыжевого мешка погружалось в брюшную полость. Ушивание грыжевого дефекта не производилось.

Устанавливался композитный синтетический протез (Parietex Composite фирмы Covidien), так как размер грыжевых ворот не был больше

5 см мы использовали сетку размером 15x15 см, имплант фиксировался 4 дополнительными швами по краям через небольшие проколы на передней брюшной стенке, затем окончательно фиксировался при помощи герниостеплера Protack. Таким образом сетчатый протез устанавливался по технологии «моста». Среди пациентов развитие послеоперационных сером не наблюдалось.

Время операции колебалось от 45 минут до 1 часа. Интраоперационных осложнений не было. Средний койко-день составил 3 дня. Для предупреждения развития сером рекомендовали ношение бандажа.

Вывод: таким образом, получен первый положительный опыт использования IPOM пластики у больных с небольшими грыжами (W1) передней брюшной стенки, получен удовлетворительный косметический результат, данная методика позволяет безопасно и эффективно оперировать пациентов с высоким риском рецидива заболевания, отягощенных высоким ИМТ, а также значительно снизить время реабилитации у всех категорий больных. Выполнение данного типа операций возможно лишь при наличии полноценного материального технического оснащения и квалифицированных специалистов, прошедших обучение и имеющих большой опыт лапароскопических операций.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТАРР У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г., Бескровный Е.Г. Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург

Материалы и методы. Нами прооперировано за период с 2011-2014 года 450 пациентов с паховыми грыжами. У 51% пациентов наблюдалась двусторонняя паховая грыжа, причем более чем у 75% из них диагноз установлен во время вмешательства. У 30% и 17% наблюдались изолированно правосторонняя и левосторонняя паховая грыжа. Подавляющее большинство больных — мужского пола (98%), причем, как правило, активные молодые люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом.

Результаты. Внедрение ТАРР в нашей клинике проходило в 2 этапа, до 2010 года выполнялась лапароскопическая операция с установкой сетчатого импланта стандартного размера 6х11 см, с латеральным раскроем последнего и фиксацией в безопасных анатомических областях при помощи аппарата Solo. С 2010 года после соответствующего обучения



выполнялась ТАРР с использованием импланта 10х15 см. Особенностью операции явилось:

- троакары устанавливались в стандартных точках.
- разрез брюшины производился дугообразно на 1-2 см выше паховых ямок до медиальной паховой связки во избежание ранения мочевого пузыря.
- доступ к элементам паховых ямок осуществлялся последовательно и прецизионно, наиболее гемостатичным методом, в последнее время мы активно используем «острый путь» электрокоагуляцией и тупую диссекцию инструментом.
- осуществлялась широкая диссекция тканей методика применявшаяся ранее дополнена дополнительной диссекцией Ретциева пространства с обнажением лобкового симфиза (ранения мочевого пузыря не наблюдалось), книзу после вскрытия предбрюшинной фасции с полным выделением семявыносящего протока, яичковых сосудов, грыжевого мешка, независимо от размера последнего. Кзади от семявыносящего протока выделялись позадибрюшинная фасция и обязательно визуализировались покрывающие ею органы: наружные подвздошные сосуды, латеральный кожный нерв бедра, бедренный нерв, а особенно тщательно прослеживалась половая ветвь бедренно-полового нерва.
- устанавливался сетчатый протез фирмы Линтекс «Эсфил», Ethicon «Ultrapro» 10х15 см без раскроя, фиксировался при помощи аппарата Protack минимальным кол-вом скрепок в наиболее безопасных точках, фиксирующий клей не использовался.

Выводы. Признаков рецидива паховой грыжи не наблюдалось ни в одном случае, тонкокишечная непроходимость (спаечный процесс в зоне операции) – 1 пациент, ситуация потребовала релапароскопии, в 1 случае были диагностические трудности с пациентом после правосторонней ТАРР – на 10 е сутки возник острый аппендицит, что также потребовало диагностической лапароскопии с последующей ЛСАЭ. Неврологических нарушений со стороны наблюдаемых нервных сплетений мы не наблюдали. Послеоперационный койко-день составил от 1 до 3 дней. Амбулаторно наблюдалось 5 пациентов с пахово-мошоночными грыжами в связи с развитием серомы в области канатика после ТАРР, благополучное разрешение пункционного метода лечения, у данной категории больных наиболее часто возникали признаки эпидидемита (16,5%). При каждой операции проводилось видеопротоколирование.

Все пациенты ежегодно проходят врачебно-экспертную комиссию и наблюдаются непосредственно оперирующими хирургами, работоспособность восстановлена в 100% случаев.

В настоящее время все пациенты с паховыми грыжами включены в статистическое исследование Herniamed, проходящее под эгидой Европейского общества герниологов (EHS), и тщательно наблюдаются в послеоперационном периоде в течении 10 лет.

Основами безопасного выполнения ТАРР мы считаем:

Прецизионная и последовательная диссекция тканей при помощи электрокоагуляции, использование «тупого» метода диссекции в бессосудистой зоне снижает выраженность отека в п/о периоде.

Широкая мобилизация тканей до установленных границ — облегчает установку сетчатого импланта 10x15 см, а также гарантирует полноценное восстановление целостности брюшины без натяжения.

Визуализация нервных структур снижает процент больных с «хроническим болевым синдромом» в п/о периоде.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Нестеров С.С., Михайлов Д.В., Шарашкина Л.В., Вахания Г.Г. ВолгГМУ, г. Волгоград

Последние годы характеризуются неуклонным ростом осложненного течения язвенной болезни, причем в основном за счёт увеличения контингента лиц с прободной язвой. При этом ушивание язвенной перфорации остаётся одним из наиболее широко применяемых методов хирургического лечения. Достижения современной фармакотерапии язвенной болезни позволяют поновому взглянуть на данный способ оперирования, особенно в малоинвазивном варианте. Вместе с тем, согласно наиболее достоверным исследованиям, лапароскопический вариант операции имеет высокий риск конверсии (10 % - 20 %), а также большую вероятность несостоятельности швов в послеоперационном периоде [Siu et al., 2002; Lau et al., 2004; Bertleff et al., 2009], что определяет необходимость поиска других малоинвазивных способов коррекции перфоративной язвы.

Материалом для данной работы послужили результаты лечения 155 пациентов с прободной язвой, которым было выполнено ушивание перфорации. Основную группу составили 125 пациентов, оперированных при помощи малоинвазивных технологий. В группу сравнения было включено 30 пациентов, оперированных лапаротомно (таблица 1). Стратификационный характер распределения, обусловлен тем, что в нашей клинике малоинвазивное вмешательство является операцией выбора при этой патологии.

Таблица 1 Основные характеристики пациентов с прободной язвой в основной группе и группе сравнения

Папаматту спапиомия	Группа		
Параметры сравнения	Основная	Сравнения	
Число больных	100 % (n=125)	100 % (n=30)	
Средний возраст в группе	39 + 2,8 лет	35,5 + 3,8 лет	
Мужчины	88 % (n=110)	90 % (n=27)	
Женщины	12 % (n=15)	10 % (n=3)	
Сопутствующая патология	16 % (n=20)	16,6 % (n=5)	

Сопутствующие заболевания имели 16 % больных (n=20) в основной группе, и 16,6 % (n=5) – в группе сравнения и были представлены сердечнососудистой патологией и хроническими неспецифическими процессами в легких. Возраст пациентов в основной группе колебался от 16 до 88 лет и в среднем составил 39+2,8 года, в контрольной группе средний возраст составил 35,5+3,8 лет. Таким образом, основную массу пациентов с прободной язвой составили люди молодого и зрелого возраста, что определяет социальную значимость проблемы.

При прободной язве двенадцатиперстной кишки решение о возможности малоинвазивного ушивания перфоративной язвы принимали основании клинических и анамнестических данных, а также по результатам эзофагогастродуоденоскопии и лапароскопии. При отсутствии сочетанных (пилородуоденальный стеноз, сочетания перфорации кровотечением), множественных язв, высокого риска малигнизации желудочной язвы и признаков длительно текущего язвенного процесса мы отдавали предпочтение ушиванию прободной язвы. На этапе лапароскопии решающими факторами, определяющими метод операции, были: размер перфоративного отверстия и характер перитонита. При перфорации более 1 см в диаметре мы отказывались от выполнения ушивания.

Мы не стремились осуществлять миниинвазивную операцию при разлитом гнойном перитоните, т.к. возможность адекватной санации брюшной полости лапароскопическим методом остается дискуссионным вопросом. Вместе с тем, доля пациентов с распространенным гнойным перитонитом составила 16,8 % (n=21). И наши результаты показывают, что сочетание лапароскопического лаважа брюшной полости и санации зоны, предлежащей непосредственно к перфорации, из минидоступа позволяет вполне адекватно санировать брюшную полость. Из 21 пациента с гнойным перитонитом на фоне прободной язвы необходимость повторной лапароскопической санации возникла только у 1 пациента.

Сразу после выполнения обзора брюшной полости и определения места перфорации мы переходили к санации брюшной полости. После лаважа брюшной полости устанавливали дренажи в области, недоступные при минидоступном этапе операции (в малый таз, и по левому боковому каналу). Подобная последовательность манипуляций избавляла нас от необходимости выполнения контрольной лапароскопии после ушивания прободной язвы из минидоступа. Продолжительность лапароскопического этапа колебалась от 5 до 25 мин. и составила в среднем $15,2\pm6,1$ мин.

После установки дренажей определяли проекцию прободного отверстия на переднюю брюшную стенку и переходили к минилапаротомному этапу. В намеченном месте вскрывали брюшную полость. Предпочтение отдавали паракостальному минидоступу, т.к. при этом проекция операционной раны совпадает с направлением пилородуоденального перехода, что облегчает выполнение манипуляций в стесненных условиях минилапаротомной раны.

Для ушивания прободной язвы через минидоступ мы применяли различные способы закрытия перфорационного отверстия. Методика наложения швов зависела от размеров перфорации и выраженности периульцерозного инфильтрата. При небольших размерах перфорации без выраженной инфильтрации её краев выполняли однорядное ушивание. При размере дефекта более 5 мм к зоне ушитой язвы дополнительно фиксировали прядь большого сальника или накладывали второй ряд швов.

Сравнительный анализ результатов применения малоинвазивного и лапаротомного способов ушивания прободной язвы представлен в таблице 2.

Таблица 2 Сравнительная оценка применения различных операций у пациентов с перфоративной язвой

Параметры сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Уровень значимости (р)
Выполнение плана операции	100 % (n=125)	100 % (n=30)	
Частота конверсии к лапаротомии	0,8 % (n=1)		
Длительность операции	59,1 + 2,7 мин.	66,3+2,4 мин.	**t-5,1, p <0,05
Продолжительность послеоперационного периода в сутках	11,9 + 1,2 сут	12,5 + 1 сут.	t-0,4, p <0,05
Летальность	0,8 % (n=1)	3,3 % (n=1)	*F-0,915, p>0,05

Частота возникновения			
послеоперационных	8 % (n=10)	20 % (n=6)	F-1,736, p<0,05
осложнений			

^{*}F – критерий Фишера

Разница в продолжительности между ушиванием перфорации из минидоступа и из лапаротомного доступа существенно не существенна. Средняя время малоинвазивного вмешательства составила 59,7 + 2,7 мин. Лапаротомная операция была несколько продолжительнее - 66,3 + 2,4 мин.

Отсутствие широкой лапаротомии благоприятно сказывается на динамике ближайшего послеоперационного периода. Больные отмечают меньшую выраженность болевого синдрома. Большинство пациентов уже к концу первых суток вставали и перемещались по палате.

Кроме того, применение малоинвазивных технологий позволило достоверно снизить частоту встречаемости послеоперационных осложнений (4 % (n=6) - в основной группе, 20 % (n=6) - в группе сравнения.

И хотя продолжительность послеоперационного периода существенно не различалось (11.9+1.2 сут. после малоинвазивного ушивания и 12.5+1.0 сут. после лапаротомного ушивания), пациенты основной группы по хирургическому статусу могли быть выписаны из стационара на 5-6 сутки. Задержка выписки была связана с проведением этиотропной терапии язвенной болезни.

Таким образом, применение хирургических политехнологий (лапароскопических и минилапаротомных) позволяет улучшить непосредственные результаты лечения пациентов с прободной язвой.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСПУПОЧНОГО ДОСТУПА

Волков Ю.М., Винник Ю.С., Карапетян Г.Э., Орлов С.В., Волков Д.Ю. КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Актуальность. Места введения троакаров при лапароскопической холецистэктомии могут несколько изменяться в зависимости от формы живота пациента и клинического течения заболевания.

^{**}t – критерий Стьюдента

Обычно используются 4 точки введения троакаров в брюшную полость, однако в отечественной литературе описан вариант косметического выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) из 3 лапаропортов для технически простых случаев, а также ЛХЭ из двух точек.

В настоящее время все шире в мировой практике применяется единый доступ в лечении различных хирургических заболеваний, который еще более соответствует современным требованиям косметичности и малотравматичности.

Материал и методы. С марта 2011 г. в 1-ом хирургическом отделении Дорожной клинической больнице на ст. Красноярск лапароскопические операции у больных хроническим калькулезным холециститом проводятся через один доступ. По предлагаемой методике проведены 20 ЛХЭ. Все пациенты – женщины в возрасте от 30-55 лет умеренного питания (табл.1).

Распределение обследованных больных по возрасту

Табл. 1

Возраст, годы	Абс. число	%
30-39	17	85
40-49	2	10
50-59	1	5

Анализ выполнения ЛХЭ из единого доступа показывает возможность выполнения ЛХЭ у многих больных, планово поступающих в стационары. У большинства пациентов, которым планируется выполнение ЛХЭ, операцию чаще выполняют в межприступный период, когда воспалительные изменения в стенке желчного пузыря не выражены и позволяют без особых трудностей выделить трубчатые структуры треугольника Colot.

Как мы знаем для наиболее комфортного выполнения эндоскопических операций, в том числе и холецистэктомий, необходим определенный угол между рабочими инструментами. Причем чем он больше, тем удобнее оперировать. При едином хирургическом доступе этот угол практически отсутствует, так как инструменты располагаются параллельно друг к другу.

В своей работе мы используем те же самые инструменты, которые используются при обычной лапароскопической холецистэктомии: зажим, диссектор, клипсаппликатор, коагуляционный крючок и шарик, ножницы. Их особенностью является изогнутая конфигурация.

Угол изгиба, благодаря свойствам металла, можно менять руками, придавая необходимые параметры удобные хирургу. Благодаря этому создается необходимый угол между рабочими поверхностями инструментов. У клипера тоже есть особенность — это его боковая рабочая поверхность. Ну и, конечно, необходим порт - с тремя рабочими каналами.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Для вхождения в брюшную полость нами используется пупок. Для этого окоймляющим разрезом производится его мобилизация в виде «воронки».

Далее производится мини-лапаротомия выше пупка с переходом на пупочное кольцо длиной до 3см для проведения порта. После введения порта устанавливается лапароскоп и вводятся инструменты.

Одним из недостатков является отсутствие клапанов. Поэтому при смене инструментов роль клапанов выполняют пальцы хирурга.

Больного располагаем на операционном столе согласно «французской» технике.

При этом хирург находится между ног больного, ассистент при этом располагается слева от больного, а операционная сестра у левой ноги. Лапароскопическая стойка при этом располагается справа от больного или в головном конце.

Основные этапы холецистэктомии из единого доступа такие же, как и при лапароскопической холецистэктомии из четырех точек, Однако, основная трудность при удалении желчного пузыря через единый доступ заключается в ограниченности манипуляций хирурга и ассистента. Иногда их руки мешают друг другу.

После отсечения желчного пузыря его извлекали вместе с троакаром, лапароскопом и зажимом. Даная процедура проходила без осложнений. Так, размеры раневого отверстия были достаточны для извлечения практически любого желчного пузыря.

Трубчатый дренаж, установленный к ложу удаленного желчного пузыря, выводился непосредственно через разрез, т.е. пупок. Узловыми швами ушивали вначале брюшинно-апоневротический слой выше пупка и пупочное кольцо. Пупок фиксировался на место отдельными швами по периметру.

При осмотре больных через 1 месяц после операции на брюшной стенки видимых рубцов не было.

Результаты обсуждение. целью сравнения результатов лапароскопической холецистэктомии ИЗ единого доступа через четырехтроакарный доступ был проведен сравнительный анализ путем ретроспектиной оценки историй болезни. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, характеру поражения желчного пузыря.

Сравнивали следующие показатели: продолжительность операции, количество осложнений, средний период пребывания в стационаре (табл.2)

Сравнительная характеристика результатов чрезпупочной и стандартной лапароскопической холецистэктомии

Табл. 2

Показатели	ЛХ через единый доступ (n-18)	Стандартная ЛХЭ (n-18)
Продолжительность операции, мин	60,8 <u>+</u> 3,6	49,6±3,2

Послеоперационные осложнения, абс.(%)	-	-
Средняя длительность пребывания в стационаре дни	6,0 <u>+</u> 0,4	7,03 <u>+</u> 0,4

Как видно из табл. 2, чрезпупочная ЛХЭ статистически значимо более продолжительная во времени по сравнению со стандартной ЛХЭ, что объясняется отсутствием эффекта триангуляции и ограничением свободного пространства при манипуляции инструментами.

По данным сравнительных исследований в группе больных, которым была выполнена чрезпупочная ЛХЭ, осложнений не отмечено. Однако можно говорить о сокращении периода пребывания таких больных в стационаре.

Выводы. Таким образом, чрезпупочная ЛХЭ является перспективным методом удаления желчного пузыря по поводу желчно-каменной болезни.

В настоящее время мы не можем сказать о значительном снижении койко-дня и экономической эффективности холецистэктомии из единого доступа. И продолжительность таких операций больше — это объясняется известными трудностями ее выполнения. Однако в процессе набора опыта и хирургических навыков большинство этих трудностей преодолевается. Можно говорить, лишь о косметичности. Вопрос о качестве жизни пациентов, перенесших стандартную ЛХЭ и чрезпупочную холецистэктомию, требует дополнительных исследований.

Литература:

- 1. Волков Ю.М. Проблемы применения высоких технологий в общехирургических отделениях в условиях реформирования железнодорожной медицины, клинико-экономический аспект /Ю.М. Волков, И.П. Артюхов, М.И. Гульман // монография Красноярск.-2004.-182c.
- 2. Галлингер Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия / Ю.И.Галингер, А.Д.Тимошин // практическое руководство. - М.- 1994.-65с.
- 3. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с осложнениями со стороны желчного пузыря /А.Л.Шестаков, О.А.Попов, А.Д.Тимошин, Ю.И.Галлингер // Анналы хирургии. 2005.- №3. C.57 60.
- 4. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов /Н.М. Кузин, С.С.Дадвани, П.С.Ветшев и др.// Хирургия.-2000.-№2.-С.25-27.
- 5. Эндоскопическая хирургия желчно-каменной болезни / Э.В. Луцевич, А.П. Уханов, В.М. Мешков, М.В. Семенов // Эндоскопическая хирургия.-1999.-№4. С.3-9.

- 6. Исследование качества жизни больных вхирургии/С.Р.Добровольский, Ю.Х.Абдурахманов, Э.К.Джамынчиев, А.А.Абдулаева//Хирургия.-2008.-№12.-С.73-76.
- 7. Badlekos G.D., Machaelides S.A., Roussou T., Charalabopoulos K.A. Cnanges in breating control and mechanics after laparoscopic vs. open cholecystectomy // Arch. Surg.-2006.-Vol.141.-P.16-22.
- 8. Mabry C.D. Randomizer chinical trial of small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholecystolitiasis primary and clinical outcomes Invited Critique//Arch.Surg.-2008.-Vol.143, №4.-P.377-378/
- 9. Harju J., Juvonen P., Eskalines M. et al. Minilaparotomy cholecystectqmy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity //Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. 2006. Vol. 3, № 12. P. 662 663.
- 10. Keus F., Werner J.E.M., Gooszen H.G. et al. Randomized clinical trial of small-incision and laparoscopic cholecystectomi in patients with symptomatic cholecystolithiasis primary and clinical outcomes //Arch. Surg. 2008. -Vol. 1434. P. 371 377.
- 11. Laparoscopy or laparotomy in acute cholecystis (200 cases). Comparios of the results and factors predictive of conversion / J.P. Araujo-Teixeira, J.Rocha-Reis, A.Costa-Cobral et al. //Chirurgie. 1999. Bd. 124, №5. S. 529 535.

БЕСФИКСАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА – ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕВРАЛГИЙ

Гуслев А.Б., Рутенбург Г.М., Кореневский В.А., Лучкин А.Н.

Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, СПбГУ.

> ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

В настоящее время применение методики протезирующей эндовидеохирургической герниопластики в лечении паховых грыж позволило значительно повысить эффективность лечения, снизив частоту рецидивирования заболевания до 1,5-4%.

Немаловажным аспектом эффективности лечения являются медикосоциальные показатели качества жизни пациентов. В среднем до 8-12% случаев после выполнения герниопластик у пациентов отмечается развитие хронического болевого синдрома различной интенсивности и продолжительности, что значительноснижаетэффективностьлечения. Основной причиной формирования данного синдрома считается периневротический воспалительный процесс вследствие травмы нервных волокон — захват нервных окончаний в шов при фиксации имплантата или травма фиксаторами. И именно для нивелирования вышеописанных положений в последние годы в хирургии паховых грыж стали применяться не требующие фиксации к тканям дополнительными материалами имплантаты.

Распологая опытом 32 бесфиксационных лапароскопических паховых аллогерниопластик самофиксирующимся имплантатом ProGrip мы сочли возможным сформулировать показания к выполнению данного вмешательства.

При определении показаний мы руководствовались классификацией, предложенной коллективом авторов в 1996 году (Гуслев А.Б., Рутенбург Г.М.). Вмешательства выполнялись у пациентов с расширением внутреннего пахового кольца менее 3 см и без функциональной несостоятельности задней стенки пахового канала, исключались «сложные» формы паховых грыж.

В качестве самофиксирующегося имплантата применялся материал ProGrip - полипропиленовая сетка эллиптической или прямоугольной формы, оснащенная с одной стороны рассасывающимися крючками из полимолочной кислоты, которые обеспечивают фиксацию к тканям. Срок рассасывания крючков из полимолочной кислоты 15 месяцев, что достаточно для фиксации сетки до прорастания тканью.

Нами было выявлено, что применение не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами имплантатов позволило сократить время выполнения собственно герниопластики, и сократить продолжительность оперативного вмешательства в среднем в 1,19 раза.

Методика бесфиксационной лапароскопической паховой аллогерниопластики позволила полностью избежать развития у пациентов невритов в области операции в послеоперационном периоде.

Основываясь на собственном опыте мы можем сформулировать следующие рекомендации по техническому выполнению вмешательств.

При выполнении лапароскопической бесфиксационной паховой аллогерниопластики, в виду отсутствия самостоятельной фиксации имплантата к неповрежденным серозным оболочкам, последний может вводиться в брюшную полость в скрученном виде, на эндоскопическом инструменте, стороной с крючками из полимолочной кислоты наружу.

При размещении не требующего фиксации к тканям имплантата в предбрюшинном пространстве вначале должен заводиться медиальный верхний

угол сетки, при удержании которого, вторым эндоскопическим инструментом осуществляется размещение (раскатка) сетки по всей площади поверхности имплантации, т.е. от медиального к латеральному краю.

Размещение самофиксирующегося имплантата в предбрюшинном пространстве при выполнении лапароскопической бесфиксационной паховой аллогерниопластики должно осуществляться без сбаривания и образования складок.

Для обеспечения контакта с тканью по всей площади самофиксирующейся поверхности имплантата целесообразно выполнять прижатие сетки к тканям при помощи марлевого тупфера, зажатого в эндоскопическом зажиме.

Таким образом, безфиксационная технология лапароскопической протезирующей герниопластики — альтернативный вариант оперативного вмешательства у ограниченной группы пациентов, обладающая несомненными преимуществами для профилактики послеоперационных невралгий.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Дворецкий С.Ю., Левченко Е.В., Комаров И.В., Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Хандогин Н.В. НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова,

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Актуальность. Применение минимально инвазивных технологий в хирургическом лечении рака пищевода позволяет уменьшить операционную травму и сократить послеоперационный период. В современном представлении под минимально инвазивной эзофагэктомией (minimally invasive esophagectomy - MIE) понимают операцию, когда резекция пищевода выполнена лапаро- и торакоскопическим методами. Если же один из этапов вмешательства был выполнен при помощи традиционной методики — операция называется гибридной — HMIE (hybrid minimally invasive esophagectomy).

Материал и метод исследования. С апреля 2012г по декабрь 2013 г в исследовании приняло участие 28 пациентов (средний возраст 62 года). Верхнегрудная локализация опухоли была у 5(18%); среднегрудная – 15(54%); нижнегрудная – 8(28%) чел. Распределение больных по

клиническим стадиям заболевания было следующим (7-я TNM, 2010): I -7(24,5%); II - 6(21%); III - 15(54,5%) чел. Только хирургический метод лечения был использован у 10 чел. Средняя протяженность опухоли в данной группе больных была 4.1±1.7 см. Предоперационная индукционная химиолучевая терапии (ИХЛТ) проведена 18 чел. с местнораспространенной формой заболевания. Средняя протяженность опухоли пищевода в группе больных с ИХЛТ составила 7,5±2,3 см. Гибридная операция типа Lewis с 2F лимфодиссекцией, состоящая из лапароскопической (ЛС) мобилизации последующим формированием широкого стебля и анастомозом в куполе правой плевральной полости (ЛС + торакотомия (ТТ)) выполнена 14 пациентам. Случаев конверсии не было. Минимальноинвазивная эзофагэктомия типа McKeown (торакоскопия (TC) + ЛС + цервикотомия (ЦТ)) с 2F лимфодиссекцией выполнена 12 пациентам. В 2 случаях МІЕ типа операции McKeown закончена конверсией ввиду повреждения мембранозной части трахеобронхиального дерева на этапе торакоскопической мобилизации пищевода.

Результаты. Длительность вмешательства при НМІЕ операции типа Lewis (ЛС + ТТ) составила 240±23 мин. Длительность нахождения в палате интенсивной терапии (ПИТ) составила 3 сут. . Осложнения в послеоперационном периоде развились у 5(35,5%) больных. Летальных исходов отмечено не было. Продолжительность послеоперационого периода составила 15±2 суток. Минимально инвазивная эзофагэктомия типа МсКеоwn (ТС+ЛС +ЦТ) продолжалась 360±30 мин. Длительность нахождения в ПИТ -2 сут. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 8 (57,1%) больных. Летальных исходов не было. Длительность послеоперационого периода составила 20±3 суток.

Заключение. Таким образом, применение минимально инвазивных технологий позволяет выполнять объем оперативного вмешательства. полностью соответствующий онкологическим требованиям. Использование эндовидеохирургических этапов в хирургическом лечении рака пищевода снижает длительность и травматичность операции, что способствует ранней активизации больных и уменьшению длительности послеоперационного периода. Увеличение в 1,5 раза послеоперационных осложнений в группе больных МІЕ было вероятно связано с «кривой обучаемости», а также с тем, что у 4 больных в данной группе имелись выраженные сопутствующие заболевания, что явилось противопоказанием к проведению открытых Эффективность минимально операций пишеводе. технологий в хирургическом лечении рака пищевода требует дальнейшего изучения.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ХИРУРГИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Демин Д.Б., Лайков А.В., Солодов Ю.Ю. ОрГМА, г. Оренбург

Актуальность проблемы. Абсцессы брюшной полости забрюшинного пространства как осложнения хирургических заболеваний и оперативных вмешательств остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Ведущая роль в структуре данной патологии принадлежит панкреонекрозу, возникающему в 20-30% случаев острого панкреатита (ОП). Основным осложнением панкреонекроза являются парапанкреатические жидкостные скопления в брюшной полости, сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке как стерильные, так и инфицированные, которые вносят максимальный вклад в структуру летальности при данном заболевании, достигающей 20-85%, и требуют хирургической санации. Кроме того, в настоящее время абсцессы брюшной полости как послеоперационное осложнение после абдоминальных вмешательств являются нередким явлением.

Известно, что краеугольным камнем современной хирургической философии является минимизация операционной травмы. Исходя из этой концепции, представляется актуальным вопрос дальнейшей разработки способов оптимальной хирургической инвазии.

Общеизвестны способы малоинвазивного лечения полостных жидкостных образований, предполагающие их чрескожное пункционное дренирование под контролем ультразвука, включающие визуальный контроль за прохождением иглы, проводника, дренажа непосредственно в момент вмешательства, отсутствие рентгеновского облучения больного и персонала. Однако существенным недостатком метода является ограничение его лечебных возможностей за счет того, что удаление через дренажную трубку некротического детрита и секвестров затруднительно, а зачастую невозможно вследствие ее малого диаметра, что требует в последующем поэтапного бужирования дренажного канала с установлением дренажных трубок большего диаметра. Кроме того при пункционном дренировании невозможна полноценная инструментальная ревизия жидкостной полости.

Также широко известен способ оперативного вмешательства из минидоступа, являющийся малотравматичным и обеспечивающий

необходимый контроль всей зоны вмешательства. Недостатком данного способа является отсутствие динамической визуализации во время операции зоны предполагаемого оперативного доступа и самого патологического образования, а также интраоперационного контроля эффективности санации гнойной полости.

Цель исследования — оценить эффективность применения малоинвазивного доступа под интраоперационным ультразвуковым контролем при хирургическом лечении полостных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материал и методы. В 2011-2014 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМА на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга находились 26 больных с жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства, которым были выполнены оперативные вмешательства малоинвазивным доступом под ультразвуковым контролем. Из них у 24 пациентов причинным фактором был панкреонекроз, у 1 – поддиафрагмальный абсцесс справа после аппендэктомии, у 1 – инфицированная гематома левого поддиафрагмального пространства после оперативного вмешательства по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

У 18 пациентов с панкреонекрозом изначально выполнено лапароскопическое вмешательство с ревизией, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости по причине панкреатогенного перитонита.

После выполненных вмешательств все больные получали многокомпонентное лечение согласно современным принципам интенсивной терапии.

При формировании жидкостных образований всем пациентам выполнялась компьютерная томография (нативная и с контрастным усилением) для оценки локализации, размеров, структуры содержимого полостного жидкостного образования, взаимоотношения его с внутренними органами, а также ультразвуковое исследование, при котором оценивалось расстояние образования от брюшной стенки, выбиралось «акустическое окно», свободное от сосудистых структур, полых и паренхиматозных органов и планировалась оптимальная точка для доступа.

Результаты и обсуждение. Сущность разработанного нами способа заключается в следующем. После стандартной предоперационной подготовки и премедикации пациенту в операционной выполняют ультразвуковое исследование, при котором окончательно устанавливается точка вмешательства. Пациента укладывают в удобное для доступа положение. С соблюдением условий асептики под общей анестезией делают небольшой разрез кожи (2-3 см) в выбранной точке и под постоянным интраоперационным ультразвуковым контролем послойно осуществляют доступ к жидкостному образованию. Постоянный ультразвуковой контроль позволяет избежать

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



повреждения полых и паренхиматозных органов, а также сосудистых структур при осуществлении доступа. После проникновения в полость жидкостного образования аспирируют ее содержимое с последующей ревизией данной полости тупфером, удалением через раневой канал некротического детрита и секвестров и ультразвуковым контролем эффективности опорожнения полости. После полного удаления содержимого, подтвержденного ультразвуковым исследованием, производят установку дренажа в полость жидкостного образования, дренаж фиксируют к коже. Операция осуществляется стандартным набором хирургических инструментов.

Выполненное у 26 пациентов вмешательство по данной методике явилось окончательным у всех больных. Расширение объема вмешательства не потребовалось ни в одном случае. У двух больных с панкреонекрозом выполнена повторная ревизия полости эндоскопом с секвестрэктомией в условиях перевязочной. Средняя длительность лечения составила 32,2±4,6 к/д. Летальных исходов в представленной группе больных не было. Все пациенты после выписки находятся под нашим наблюдением. Рецидивы инфекционных осложнений в катамнезе у пациентов не выявлены.

Представленный метол дренирования показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами способом пункционного дренирования под контролем ультразвука. Предлагаемый нами способ позволяет выполнять одномоментную санацию и дренирование полостных образований, содержащих в просвете, кроме жидкости, плотные некротические ткани. Если пункционные вмешательства неэффективны примерно в 30% случаев, когда вследствие неадекватного дренирования приходится выполнять повторные операции, B TOM числе широкие лапаротомии, направленные на удаление секвестров, то при применении предлагаемой методики ни в одном случае не потребовалось повторное оперативное вмешательство. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений (нагноение операционной раны), являющихся частыми при открытых вмешательствах. Метод сочетает в себе достоинства пункционного вмешательства (малая травматичность) и открытой операции (возможность инструментальной ревизии с полноценной секвестрэктомией) и лишен их недостатков.

С момента внедрения в клиническую практику данного метода дренирования широкие лапаротомии при инфицированном панкреонекрозе сведены к минимуму, а летальность при данном заболевании в клинике снизилась с 27% до 9%, то есть в 3 раза. Кроме того, длительность пребывания пациентов в стационаре уменьшилась в среднем на 30%.

Примеры конкретного выполнения.

Больной Ш., 39 лет. Диагноз: «Инфицированный смешанный панкреонекроз. Разлитой геморрагический перитонит. Абсцесс

сальниковой сумки». Поступил 11.03.2012. Вследствие прогрессирования деструктивного процесса 13.03.2012 оперирован – выполнена лапароскопия, оментобурсоскопия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Течение послеоперационного периода осложнилось формированием абсцесса сальниковой сумки, 27.03.2012 под ультразвуковым контролем выполнено дренирование абсцесса по предлагаемому способу. Во время вмешательства удалено до 400 мл жидкого гноя и несколько панкреатических секвестров до 3 см в диаметре. Проводилась активная промывная санация полости растворами антисептиков, полость санирована, облитерировалась. удовлетворительном состоянии выписан 20.04.2012 Пациент амбулаторное лечение у хирурга поликлиники, даны рекомендации по дальнейшему лечению. Осложнений во время и после проведения вмешательств с применением предлагаемого способа дренирования не отмечено.

Диагноз: «Инфицированный Больная Γ., 78 лет. смешанный панкреонекроз. Разлитой серозно-геморрагический перитонит. Парапанкреатит. Абсцесс забрюшинного пространства (парапанкреатическая клетчатка в области хвоста поджелудочной железы и параколическая клетчатка слева)». Госпитализирована в экстренном порядке 03.09.2012, проводилась консервативная терапия. 06.09.2012 в связи с прогрессированием деструктивного процесса оперирована – выполнена лапароскопия. оментобурсоскопия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Течение послеоперационного периода осложнилось формированием массивного забрюшинного абсцесса. 22.09.2012 под ультразвуковым контролем выполнено дренирование абсцесса по предлагаемому способу. Во время вмешательства удалено до 500 мл жидкого гноя с большим количеством некротического детрита и секвестрами до 3-4 см в диаметре. послеоперационном периоде полость санировалась антисептиков, в процессе лечения очистилась, облитерирована. Пациента в удовлетворительном состоянии выписана 16.10.2012 на амбулаторное лечение у хирурга поликлиники, даны рекомендации по дальнейшему лечению. Осложнений во время и после проведения вмешательств с применением предлагаемого способа дренирования не отмечено.

Таким образом, способ эффективен, технически выполним в любом хирургическом стационаре, экономически целесообразен, так как не требует приобретения дополнительного оборудования. При применении данного метода вмешательства существенно снижается длительность лечения пациента, а летальность значительно уменьшается.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Демин Д.Б., Солосин В.В., Григорьев А.Г. ОрГМА, г. Оренбург

Актуальность проблемы. Общеизвестно, что краеугольным камнем современной хирургической философии является минимизация операционной травмы, диктующая необходимость повсеместного применения малоинвазивных технологий. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, колоноскопия) обусловило увеличение пула больных с диагностированными объемными образованиями печени и надпочечников, а также патологией толстой кишки. Значительная часть из этой категории больных имеет доброкачественные солидные образования печени, в первую очередь гемангиомы, а также кистозные поражения (непаразитарные и паразитарные кисты). Гормонально неактивные объемные образования надпочечников (инциденталомы) также не являются редкостью. Дивертикулез левой половины ободочной кишки встречается почти у половины пациентов пожилого возраста. Данные группы пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Исходя из поддерживаемой нами концепции необходимости минимизации операционной травмы, с 2011 г. мы начали выполнять оперативные вмешательства при вышеназванных патологиях лапароскопическим доступом. В соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне высокотехнологичной медицинской помощи» лапароскопические вмешательства по поводу этих нозологий в ходят в разряд высокотехнологичных.

Цель работы: оценить эффективность высокотехнологичных лапароскопических вмешательств в общехирургическом стационаре.

Материал и методы. В 2011-2014 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМА на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга нами выполнены высокотехнологичные вмешательства у 28 пациентов. У 17 пациентов выполнены вмешательства на печени, у 6 – на надпочечниках, у 5 – на толстой кишке.

В процессе вмешательств мы применяли генератор GEN-11 (Джонсон и Джонсон) с технологиями Harmonic (ультразвуковая диссекция) и EnSeal

(биполярная коагуляция), в колоректальной хирургии использовали линейные и циркулярные сшивающие аппараты.

Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего обязательном порядке в случаях патологии печени и надпочечников КТ-исследование и колоноскопию при патологии толстой кишки.

У 17 пациентов были объемные образования печени. В 16 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарная и бисегментарная резекция печени — 10, в том числе в 2 случаях при обызвествленном эхинококке; иссечение непаразитарных кист печени—4; открытая эхинококкэктомия — 1; правосторонняя гемигепатэктомия с конверсией — 1; очаговый фиброз с гиперплазией (симулировал эхинококк при КТ) — лапароскопия, конверсия, биопсия — 1.

Средний размер солидных образований составлял 5-6 см. Расположение – передние и боковые локализации (S II, III, IV, V, VI). Кистозные образования имели размер от 5 до 15 см в диаметре с подкапсульным расположением в печени. Отбор такой категории пациентов был обусловлен необходимостью этапа освоения технологии вмешательства, а также отсутствием в настоящее время лапароскопического УЗИ-датчика.

Методики резекционных вмешательств – сегментарная резекция печени в 7 случаях, плащевидная резекция V сегмента печени в 1 случае, в 2 случаях выполнена резекция левого латерального сектора.

Во всех случаях диссекцию ткани печени, пересечение глиссоновой ножки и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. Ультразвуковой диссектор и монополярную коагуляцию применяли в случае необходимости дополнительного гемостаза. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур применяли ручной интракорпоральный узловой шов для их дополнительного лигирования.

Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте S IV-V диаметром 6 см произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости.

У 4 пациентов непаразитарная киста печени – интраоперационная находка при плановой холецистэктомии. Кистозные образования фенестрировали с

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



аспирацией содержимого. Максимально иссекали стенку кисты с прилежащей тканью печени с целью минимизации размеров остаточной полости с деэпитализацией последней монополярным коагулятором. В одном случае выполнили пломбировку остаточной полости материалом «Surgicel», в одном - «Tachocomb».

Конверсия выполнена в двух случаях. У первого пациента при КТ диагностировано мультикистозное объемное образованием в S IV (не исключался гидатидный эхинококк с дочерними пузырями). При лапароскопии новообразование не визуализировано. Выполнены многократные поисковые пункции, затем гепатотомия - выявить патологический процесс не удалось. Выполнена лапаротомия, выявлено, что S IV представлен очень плотной печеночной тканью, произведена биопсия. Гистологический ответ – очаговая рубцово-узелковая гиперплазия.

Во втором случае у пациента с подтвержденным КТ и пункционной биопсией первичным раком SV печени вмешательство начато лапароскопическим доступом. Выделены и пересечены в портальных воротах правые воротная вена, печеночная артерия и долевой проток. Правая доля печени мобилизована до нижней полой вены, при этом выявлено плотное прилегание опухоли к стенке этого сосуда, что представляло риск для безопасной диссекции. Выполнена лапаротомия, правосторонняя гемигепатэктомия завершена способом.

Вмешательства на надпочечниках выполнены у 6 пациентов. В 4 случаях произведена адреналэктомия (2 правосторонних и 2 левосторонних) по поводу гормонально неактивных объемных образований от 2,5 до 3 см в диаметре. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрющинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства, выявлено, эти кисты исходят из надпочечеников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников.

Вмешательства на ободочной кишке выполнены у 5 пациентов. В 4 случаях показанием к операции был дивертикулез (у 2 больных локализация процесса – сигма, 2 – сигма и нисходящая ободочная кишка), у 1 пациента малигнизированный полип сигмовидной кишки. В 3 случаях выполнена резекция сигмовидной кишки, в 2 – левосторонняя гемиколэктомия (у пациентов с дивертикулезом сигмы и нисходящей ободочной кишки). Все 5 вмешательств завершены наложением аппаратного колоректального анастомоза.

Во всех случаях благодаря применению ультразвукового диссектора и биполярного коагулятора кровопотеря была минимальной. Интраоперационных осложнений и осложнений в послеоперационном периоде не было. У всех больных гладкий послеоперационный период.

Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий в общехирургической практике и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Демко А.Е., Синенченко Г.И., Сухопара Ю.Н., Унгурян В.М., Осипов А.В.

СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить возможности применения повторных лапароскопических операций в диагностике и лечении ранних послеоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Нами был проанализирован 31 случай релапароскопий связанных с развитием осложнений после выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛСХЭ). В группу исследования включались повторные лапароскопические вмешательства, которые проводились в ближайшем, или раннем послеоперационном периоде.

Отбор материала был осуществлен путем ретроспективного анализа протоколов операций и историй болезни пациентов, оперированных с 2006 по 2014 в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что релапароскопии после выполнения ЛСХЭ выполняются достаточно редко — всего 0,01%. При этом в общей структуре повторных лапароскопических вмешательств такие операции встречались намного чаще (38,7%).

Выявлено, что релапароскопии обусловленные развитием осложнений после ЛСХЭ закономерно чаще встречаются у женщин (n=20). Средний возраст пациентов составил — 62.5 лет. В подавляющем большинстве наблюдений (n=28) первичная операция выполнялась по экстренным показаниям. Среднее

количество дней между первичным и повторным вмешательством составило – 3.6 дней.

Наиболее частое осложнение (n=14) ЛСХЭ, которое требовало проведения релапароскопии было - желчетечение из абберантных желчных протоков (ходов Люшке). Желчетечение из культи пузырного протока встречалось в 6 наблюдениях. Кровотечение различной локализации (ложа желчного пузыря, троакарных ран, сосудов большого сальника) имело место в 5 случаях. В 4-х случаях причиной релапароскопии являлось подозрение на инфекционные осложнения и на кишечную непроходимость. Помимо вышеперечисленного, повторное вмешательство требовалось в связи с миграцией холедохиального и ПХВ дренажей (по 1 наблюдению соответственно).

Как показало исследование, лишь в 3-х случаях при повторном эндовидеохирургическом вмешательстве после ЛСХЭ, потребовалось выполнить конверсию доступа. В одном наблюдении это было связано с повреждением тонкой кишки, во время энтеролиза по поводу ранней спаечной странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Также причиной конверсии явилось развитие острой обтурационной толстокишечной непроходимости и кровотечения из брыжеечных сосудов из-за закрытой травмы живота.

Установлено, что значимого удлинения сроков стационарного лечения при повторных лапароскопических вмешательствах после осложнений ЛСХЭ не было. Среднее количество дней стационарного лечения составило — 19 койко-дней. В абсолютном числовом выражении, общее количество дней превышающих средние значения медико-экономических стандартов, по соответствующим нозологиям составило - 278 койко-день.

Выявлено, что при в 80.6% случаях при выполнении релапароскопии после ранних осложнений ЛСХЭ исход заболевания был благоприятный. В 16.1% наблюдений наступал летальный исход. Во всех случаях летальный исход был обусловлен исходной тяжелой сопутствующей патологией, а также прогрессированием основного заболевания. В 3.3% случаев пациент был переведен в другой стационар.

Выводы. Таким образом, выполнение релапароскопии по поводу ранних послеоперационных осложнений ЛСХЭ является оправданным. Такие вмешательства помогают своевременно диагностировать и в большинстве случаев устранить ранние послеоперационные осложнения ЛСХЭ. Преимущество данного метода заключается в минимальной операционной травме, вследствие чего, значимо не увеличиваются сроки пребывания в стационаре.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Десяткин В.Б., Попов П.В., Мосикян О.В., Ралка Б.В., Мельник Н.Л., Савченко О.Р. КБ №4, г. Сочи

За последние несколько лет видеолапароскопические вмешательства при острой хирургической патологии твёрдо становятся «золотыми стандартами» оказания экстренной помощи. Лапароскопическая холецистэктомия, аппендэктомия и ушивание перфоративной язвы передней стенки луковицы 12-перстной кишки стали операцией выбора во многих хирургическим клиниках нашей страны и за рубежом.

В сентябре 2014 года на базе ГБУЗ «Краевая больница №4» г. Сочи открылось хирургическое отделение на 20 коек, которое оказывает плановую и экстренную помощь.

За 9 месяцев работы отделения прооперировано 110 пациентов с неосложненной формой ЖКБ, из которых 62 (56,4%) больных поступило с острым калькулезным холециститом и 48 (43,6%) больных с хроническим калькулезным холециститом. Выполнено 108 (98,2%) видеолапароскопических холецистэктомий и 2 (1,8%) полостных холецистэктомий. Холецистэктомия из лапаротомного доступа выполнена пациентам с распространённым перитонитом, источником которого был гангренозно-перфоративный калькулезный холецистит.

Так же было прооперировано 130 пациентов с острым аппендицитом. Видеолапароскопическая аппендэктомия выполнена 101 больному (77,7%), полостным способом прооперировано 29 пациентов (22,3%). Видеолапароскопическая аппендэктомия выполнена у 3-х пациентов (2,97%) в случаях диффузного перитонита при остром гангренозно-перфоративном аппендиците и 2-м больным (1,98%) с аппендикулярными абсцессами.

По поводу хронической язвы луковицы 12-ти перстной кишки осложненной перфорацией с диффузным перитонитом было прооперировано 16 пациентов. Видеолапароскопическое ушивание язвы выполнено 5 больным (31,2%), лапаротомия и ушивание перфорации проведено 11 больным (68,8%).

У больных в раннем и позднем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Повторных оперативных вмешательств не проводилось.

За отчетный период выполнено 506 операций. Из них с помощью видеолапароскопических технологий сделано 302 операций (59,7%).

Таким образом, видеолапароскопические методы оперативного вмешательства активно используют в нашей клинике и показывают хорошие результаты лечения больных с острой хирургической патологией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Алишихов Ш.А., Мешков М.В. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность и необходимость решения вопросов эффективного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни обусловлено, в первую очередь, частотой распространения данного заболевания - 44% людей, по крайней мере, один раз в месяц появляются симптомы изжоги; 7% испытывают ее ежедневно; 18% - вынуждены прибегать к самолечению для устранения симптома. Таким образом, примерно 1% популяции страдает симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а у 40% - при диагностическом обследовании выявляется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Цель исследования. Исследование результатов выполнения лапароскопических фундопликаций при хирургическом лечении больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы исследования. Нами был оперирован 81 пациент с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

В 46 случаях (56,79%) была выполнена лапароскопическая фундопликация — I группа сравнения; в 35 случаях (43,21%) операции выполнялись посредством лапаротомного доступа — II группа сравнения. По методике Nissen было выполнено 58 операций (71,6%), в I группе — 35 операций (43,2%), а во II группе — 23 операции (28,4%). По методике Toupet — 23 операции (28,4%), в I группе — 11 операций (13,6%), во II группе — 12 операций (14,8%).

Симптомы рефлюкс-эзофагита были выявлены у больных с частотой от 45,7% до 88,9% случаев. Наиболее распространенными симптомами рефлюкс-эзофагита были: изжога -72 случая (88,9%), дисфагия- 69 случаев (85,2%) и отрыжка кислым -66 случаев (81,5%). В 51 случае (62,9%) при обследовании у пациентов была выявлена грыжа пищеводного отдела диафрагмы. У 19 пациентов (23,5%) нами были зарегистрированы внепищеводные симптомы.

Анализ результатов исследования. В ходе исследования мы зафиксировали 9 случаев (11,11%) интраоперационных осложнений, относящихся к осложнениям, связанных с нарушением принципа прецизионности техники выполнения операции. Данные осложнения были представлены случаями возникновения кровотечения из короткой желудочной артерии (7 случаев - 8,65%) и из аберрантной левой печеночной артерии (2 случая - 2,46%). Случаев конверсии лапароскопического доступа в лапаротомный в нашем исследовании не было.

В раннем послеоперационном периоде мы диагностировали 17 осложнений (20,98%), из них в І-ой группе сравнения было диагностировано 5 осложнений (6,17%), во ІІ-ой – 12 осложнений (14,81%). Дисфагия была диагностирована у 6 (7,40%) пациентов. Следует отметить, что послеоперационная дисфагия наблюдалась нами у больных всех групп сравнения. Причем, возникновение этого осложнения не зависит от того, каким способом выполнялась операция – лапароскопическим или лапаротомическим. К моменту выписки из стационара дисфагия купировалась у всех пациентов. Также были диагностированы: нижнедолевая пневмония - в 3-х случаях (3,70%), парез желудочно-кишечного тракта – в 1-м случае (1,23%), пневмомедиастинум (разрешившийся у обоих пациентов в течение 4-х суток без дополнительных лечебных мероприятий) – в 2-х случаях (2,47%) и раневые осложнения воспалительного генеза – в 3-х случаях (3,70%).

Всем пациентам проводилось обследование в сроки 1, 3, 6, и 12 месяцев после операции, которое включало рентгенологическое исследование желудка, эзофагогастроскопию и функциональные методы диагностики. Самый большой срок наблюдения составил 24 месяца. Рентгенологическое исследование выполнялось с водной взвесью сульфата бария. Было установлено, что нарушения акта глотания не отмечено ни у одного из 81 пациентов. Во всех случаях желудок располагался в брюшной полости, кардия смыкалась, а рефлюкса контрастного вещества в пищевод при полипозиционном исследовании не выявлено.

Эндоскопическое исследование выполнено всем 81 пациенту в сроки 3 и 6 месяцев после операции. Явления эзофагита были отмечены у 10 пациентов (12,35%), у которых до операции диагностировался эзофагит III-IV степени, через 3 месяца после операции сохранялись явления эзофагита I-II степени. В дальнейшем, через 6 месяцев после операции, у всех пациентов явления эзофагита отсутствовали.

Манометрия пищевода в послеоперационном периоде выполнялась практически всем пациентам в сроки 3 и 6 месяцев после операции. Анализ результатов показывает соответствие всех примененных методик выполнения фундопликации требованиям антирефлюксной хирургии. Однако, методика фундопликации по Nissen имеет явные преимущества – при применении методики фундопликации по Nissen отмечается увеличение длины НПС в среднем

в 1,33 раза по сравнению с дооперационными результатами и в 1,08 раза по сравнению с методикой фундопликации по Toupet; увеличение длины абдоминального сегмента пищевода соответственно в среднем в 2,63 и 1,04 раза; увеличение давления НПС соответственно в среднем в 2,17 и 1,45 раза (Таблица 1).

Результаты манометрии пищевода

Таблица 1

Время проведения исследования		Результаты манометрии, средние значения			
		Длина НПС (мм)	Длина абдоминального сегмента (мм)	Давление НПС (мм Hg)	
До операции		28,5±1,4	8,7±4,2	8,9±4,1	
После операции	Nissen	38,6±6,2	22,8±8,3	19,2±6,2	
	Toupet	38,2±7,1	22,3±6,5	13,3±5,3	

Следует отметить, что анализ результатов рентгенологического исследования желудка, эзофагогастроскопии и манометрии пищевода по группам сравнения не выявил статистически значимых отличий, что свидетельствует о соответствие лапароскопически адаптированной оперативной техники фундопликации требованиям антирефлюксной хирургии. Нами не было выявлено рецидивов заболевания (рецидивов рефлюкс-эзофагита) и рецидивов грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы показали, что отличные результаты хирургического лечения по шкале Visick отметили 72 пациента (Visick I - 88,89%), очень хорошие — 7 (Visick II - 8,64%) и удовлетворительные — 2 (Visick III - 2,47%) пациента. Следует отметить, что результаты Visick I и II были отмечены в 53,09% случаев в I группе сравнения, против 35,79% во II группе. Таким образом, больные, оперированные лапароскопически, в 1,5 раза чаще отмечали отличные результаты, что напрямую связано с минимальной инвазивностью и прецизионностью лапароскопической техники.

Выводы. Результаты исследования выполнения лапароскопических фундопликаций при хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни свидетельствуют, что методики лапароскопических фундопликаций по эффективности сравнимы с традиционными оперативными вмешательствами и характеризуются существенными медико-социальными преимуществами.

ОДНОПОРТОВАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Ермаков Н.А., Лядов В.К., Пашаева Д.Р. Лечебно-реабилитационный центр, Москва

Введение. Метод однопортовой аппендэктомии при лечении острого аппендицита позволяет добиться хорошего косметического результата и, возможно, уменьшить число раневых осложнений. Нами выполнено 60 аппендэктомий через единственный трансумбиликальный доступ. Проведен сравнительный анализ результатов традиционной лапароскопии при острых аппендицитах и однопортовых аппендэктомий.

Цель. Изучить результаты однопортовой лапароскопической аппендэктомии при различных формах острого аппендицита.

Пациенты и методы. Проведен проспективный анализ историй болезни 291 пациента, прооперированных по поводу острого аппендицита с ноября 2009 по июль 2014 года.

В исследуемой группе оценивались результаты 60 операций через единый доступ (32 мужчин, 28 женщин, средний возраст 31,45±8,47). Распределение по формам аппендицита: катаральный – 4 (6.5%), флегмонозный – 52 (87%), гангренозный – 4 (6.5%). У 7 больных выявлены осложненные формы аппендицита: местный гнойный перитонит – 1, периаппендикулярный инфильтрат – 6, эмпиема червеобразного отростка с местным перитонитом – 1. Перехода на открытую операцию ни в одном случае не отмечалось. В трех случаях потребовалась установка дополнительного троакара. При однопрокольных операциях применяли SILS®-порт (Single Incision Laparoscopic Surgery, компания Covidien). Порт устанавливался трансумбиликально через разрез длиной около 2 см. Мобилизация отростка выполнялась ультразвуковыми ножницами во всех случаях. Отросток пересекали аппаратом EndoGIA 30 (синяя кассета), извлекали в контейнере вместе с портом либо в 12 мм троакаре. В 4-х случаях устанавливался дренаж.

В контрольную группу вошли данные 231 пациента (139 мужчин, 152 женщин, средний возраст $37,27\pm14,64$ лет), которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия через три прокола. Распределение по формам аппендицита: катаральный – 15 (6,5%), флегмонозный – 208 (90%), гангренозный – 8 (3,5%). Отмечено 21 случаев осложненных форм: местный перитонит – 10, перфорация отростка – 3, периаппендикулярный абсцесс – 2, периаппендикулярный инфильтрат – 5, разлитой гнойный перитонит – 1.

Статистически значимых различий по исходным характеристикам между группами не было.

Результаты. Средняя продолжительность операции в исследуемой группе составила $64,9\pm18,6$ мин, в контрольной группе $65,6\pm17,9$ мин (p>0,05). У больного с разлитым гнойным перитонитом на следующий день после аппендэктомии и санации брюшной полости выполнялась плановая санационная релапароскопия. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность госпитализации в исследуемой группе составила $2,5\pm1,3$ койко-дня (от 1 до 8 дней), в контрольной группе $-3,1\pm1,9$ койко-дня (от 1 до 15 дней).

Выводы. Таким образом, по нашим данным однопортовая лапароскопическая аппендэктомия является эффективным и безопасным вмешательством при остром аппендиците. При наличии опыта выполнения подобных вмешательств возможно применение данной технологии при некоторых осложненных формах острого аппендицита. Длительность операции и продолжительность госпитализации не отличаются при однопортовом доступе и доступе через три прокола. В то же время, косметический эффект однопрокольной операции выше в связи с использованием для доступа естественного углубления в пупке.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ И ПОЛИПОВИДНЫХ НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А. НКЦОЗШ, г. Ленинск-Кузнецкий

Цель исследования. Оценить безопасность, эффективность и клинические результаты использования эндоскопической резекции слизистой (ЭРС) при неполиповидных и полиповидных на широком основании колоректальных неоплазиях.

Материалы и методы. С 2007 г. по 2012 г. удалено 367 неоплазий толстой кишки у 318 пациентов, находившихся на лечении в нашем Центре. При видеоколоноскопии с хромоскопией регистрировался тип, размер, анатомическое расположение и морфологическое строение новообразований. Для макроскопической оценки использовалась Парижская классификация эпителиальных неоплазий (2002), для гистологической оценки - классификация P.S. Cotran (1995). Степень дисплазии

определялась в соответствии с критериями по R.H. Riddell (1990). Удаление неоплазий проводилось методом ЭРС «одним блоком» или «по частям» с предварительным поднятием дефекта инъекцией в подслизистый слой 5-40 мл 5% раствора глюкозы. Были проанализированы осложнения и рецидивы после ЭРС. Эндоскопический контроль проводился пациентам в 3, 6,12 и 24 месяца.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 58,9±11,8 лет (27-89 лет). Мужчин было 145 (45.6%), женшин - 173 (54.4%), Среди 367 удаленных новообразований 119 (32,4%) были 0-Іѕ типа, 201 (54,85%) – 0-IIa типа, 29 (7,9%) – 0-IIb типа и 18 (4,9%) – 0-IIa+IIc типа. Средний размер удаленных опухолей 18,7±14,8 мм (10-95 мм). В слепой кишке располагалось 49 (13,4%) неоплазий, в восходящей ободочной -55 (15,0%), в поперечной ободочной -51 (13,9%), нисходящей ободочной -58 (15,8%), в сигмовидной ободочной -96 (26,2%), в прямой кишке 58 (15,8%). ЭРС «одним блоком» удалось выполнить в 314 (85,6%, n=367) случаях, а «по частям» – в 53 (14,4%). При гистологическом исследовании удаленных опухолей в 339 (92,3%, n=367) случаях обнаружены аденоматозные полипы, в 23 (6,3%) – внутрислизистые аденокарциномы и в 5 (1,4%) – инвазивный рак. Аденоматозные полипы в 258 (76,1%, n=339) случаях имели низкую LGD (low grade dysplasia), а в 81 (23,9%) высокую степень дисплазии степень дисплазии - HGD (high grade dysplasia). Среди осложнений ЭРС было 11 (2,9%, n=367) случаев кровотечений, из них 6 случаев при удалении опухоли «по частям» ($\chi^2=5,38$, p=0,020). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Рецидив опухоли отмечен в 12 (3,3%, n=367) случаях, в среднем через 7,2±4,8 месяцев. При однофакторном анализе установлено, что рецидив был связан с размером неоплазии более 20 мм и резекцией «по частям», в то время как кровотечение и все осложнения были связаны с резекцией «по частям», размером опухоли более 20 мм и малигнизацией аденомы. С помощью метода логистической регрессии обнаружено, что суммарно осложнения были независимо связаны с размером опухоли более 20 мм (ОШ: 5,8; 95% ДИ: 1,7-20,0; p=0,005).

Выводы. Эндоскопическая резекция слизистой при неполиповидных и полиповидных на широком основании новообразованиях слизистой толстой кишки является эффективной, безопасной процедурой с низким процентом осложнений и местных рецидивов. Размер опухоли более 20 мм являются независимым факторам риска развития осложнений. При использовании метода эндоскопической резекции слизистой для удаления больших неоплазий с высокой степенью дисплазии и внутрислизистым раком, особенно в первые 12 месяцев после операции, необходимо регулярное эндоскопическое наблюдение за пациентами для своевременного выявления и лечения рецидива опухоли.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Земляной В.П., Сигуа Б.В., Семин Д.С. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Грыжи передней брюшной стенки одна из самых часто встречающихся патологий в хирургической практике, превышая 10% от числа всех оперативных вмешательств. При этом лидирующее место в структуре грыж передней брюшной стенки занимают паховые грыжи (66-75%). В настоящее время используются преимущественно ненатяжные способы пластики, и все чаще отдается предпочтение лапароскопической предбрюшинной герниопластики, которая имеет целый ряд преимуществ перед традиционными методиками [7]. Частота рецидивов, при использовании классических способов герниопластики, достигает 14% [4,10] после первичных операций и 30% при рецидивных грыжах [6,8,9,11], а при безнатяжных способах герниопластики этот показатель находится на уровне 1-3% [1]. Количество рецидивов после использования эндовидеохирургических методик в настоящее время колеблется в пределах 0,8-2,2% [5,7,12].

Однако, при двусторонних паховых грыжах традиционно применяется раздельное укрепление паховых областей сетчатыми трансплантантами, что в ряде случаев (до 15-25% повторных обращений) приводит к образованию в послеоперационном периоде к появлению ранее не существовавшей надпузырной грыжи, что требует повторной операции [3].

Формирование плотного соединительнотканного каркаса при устранении дефекта задней стенки пахового канала, создают предпосылки для появления нового грыжевого выпячивания в надпузырной ямке. Впервые надпузырные внутренние грыжи были описаны А. Рокитанским (A.Rokitanski) в 1861 году. Входными воротами для них является надпузырная ямка. Грыжевые ворота располагаются между брюшиной и передней брюшной стенкой или между задней стенкой мочевого пузыря и покрывающей ее брюшиной. Различают наружные и внутренние надпузырные грыжи. Место выхода наружной грыжи располагается между plica umbilicalis media и plica umbilicalis lateralis [2].

Анатомические особенности надпузырной зоны с физиологическом углублении передней брюшной стенки создают предпосылки и слабость данной зоны в условиях повышенного внутрибрюшного давления. Изначально, повышенное внутрибрюшное давление, приводит к перераспределению по пути наименьшего сопротивления в более «слабые» паховые и бедренные зоны, где существуют анатомические каналы. При ликвидации паховых грыж с

укреплением паховых и бедренных зон, после лапароскопической двусторонней герниопластики, повышенное внутрибрюшное давление перераспределяется в надпузырную зону, что является анатомо-топографическим обоснованием необходимости укрепления надпузырной зоны.

Цель исследования. Учитывая анатомо-топографические предпосылки к образованию надпузырных грыж, после лапароскопического устранения двусторонней паховой грыжи, нами была разработана методика укрепления как паховых и бедренных областей, так и надпузырной ямки единым сетчатым эндопротезом для минимизации риска формирования надпузырных грыж в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: от классической двусторонней лапароскопической предбрюшинной герниопластики предлагаемая методика отличается установкой единого сетчатого трансплантанта размерами 30,0 х 12,0 см с латеральными «раскроями», с учетом коэффициента «утягивания» сетки и интраоперационных измерений. Учитывая основную особенность оперативного приема требуется предварительное рассечение париетальной брюшины единым лоскутом (Рис.1), тщательное выделение не только паховых, но и надпузырной зоны (Рис.2), фиксация эндопротеза герниостеплером в типичных точках (Рис.3), а также завершение – закрытие единого брюшинного лоскута.

Методика успешно апробирована на двух пациентах с двусторонними паховыми грыжами. В послеоперационном периоде рецидивов и возникновения надпузырных грыж не было.

Выводы. Данная методика позволяет сочетать плюсы классической эндовидеохирургической герниопластики при двусторонних грыжах, а также минимизировать риск развития в послеоперационном периоде как рецидивов, так и возникновения надпузырных грыж.



Рис.1:

Рассечение брюшины слева направо с переходом на противоположную сторону до формирования единого лоскута, с тщательным выделением не только паховых областей, но и надпузырной зоны.



Рис.2: Установка предбрюшинно синтетического протеаза



Рис.3: Фиксация протеза герниостеплером в типичных точках

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Литература:

- Баулин А. В., Митрошин А. Н., Никольский В. И., Нестеров А. В., Зюлькин Г. А. // Некоторые аспекты хирургии грыж брюшной стенки // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2009. № 4 С. 73-79.
- 2. Воскресенский Н. В, Горелик С. Л. // Хирургия грыж брюшной стенки // Москва; 1965 - С.118
- 3. Гордеев С. А. // Симультанные лапароскопические операции у больных с двусторонними паховыми грыжами // Хирург. ПАНОРАМА — 2006. — N9. — C. 22-31
- 4. Егиев В. Н., Воскресенский П. К., Емельянов С. И., Ионова Е. А. // Ненатяжная герниопластика // под.ред. В. Н. Егиева. Москва, 2002. - 324 c.
- Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. // Эндоскопическая хирургия паховых и бедренных грыж // Москва. 2000. - С.43.
- 6. Коган А. С., Веронский Г. И., Таевский А. В. // Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1990 - С.176
- 7. Седов В. М., Гуслев А. Б., Стрижелецкий В. В., Рутенберг Г. М. Чуйко И. В., Бокарев В. В., Гиршович В. В.// Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. Санкт-Петербург, 1995. - С.52
- Феодориди Н. К., Новиков К. В., Барков А. А., Строй В. Н. // Предбрюшинная липома как фактор, способствующий развитию паховых грыж // Амбулаторная хирургия. Ремедиум-Северо-Запад. 2002. -№ 1 - C. 46-47.
- 9. Хатьков И. Е., Протасов А. В., Фалькова А. Э. // Трудности лапароскопической герниопластики: обзор литературы Эндоскопическая хирургия. Медиа Сфера. 1999. - № 3. - С. 31-34.
- 10. Metzger J., Kruss C., Kocher T., et al.// Mesh-plug operation: a simple, rapid and complication-free technique for managing inguinal hernia. // Schweiz Med. Wochenschr. 1998. - Vol. 128, № 38. - P. 1401-1407.
- 11. Rulli. F., Percudani M., Muzi M., Tucci G., Sianesi M. // From Bassini to tension- free mesh hernia repair. Review of 1409 consecutive cases // G.Chir. 1998. -Vol. 19, № 6-7. - P. 285-289.
- 12. Toy F.K., Smoot R.T.Jr. // Toy-Smoot laparoscopic hernioplasty // Surgial Laparoscopy and Endoscopy, 1991 Vol. 1 N 3. P.151-155.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИАЛОЭНДОСКОПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Золотухин С.Ю., Балин В.Н. НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва

Заболевания слюнных желёз характеризуются широким распространением и наносят значительный социально-экономический ущерб. По данным литературы, на долю заболеваний слюнных желёз приходится от 2.3 до 7% стоматологических заболеваний. При этом среди воспалительных заболеваний слюнных желёз до 78% случаев принадлежит слюнокаменной болезни. Поднижнечелюстные слюнные железы поражаются в 90-95% случаев, околоушные слюнные железы - в 5-8% (И. Ф. Ромачева и соавт., 1987; Л. Сазама, 1971; J. Parret et all., 1979 и др.).

До недавнего времени основным методом лечения слюнокаменной болезни оставался только хирургический. Так, при расположении слюнных камней во внутрижелезистых отделах выводных протоков поднижнечелюстной и околоушной слюнных желез большинство клиницистов придерживались тактики полного или частичного удаления слюнной железы вместе с конкрементом (В. С. Коваленко, 1970; Я. В. Кречко, 1973; Е. П. Андреева, 1987; Д. Б. Шаяхметов, 1990; G. Isacsson et all., 1981; Н. Р. Van den Akker, Е. Busemann-Sokole, 1983 и др.). При расположении конкремента в дистальном отделе поднижнечелюстного или околоушного протоков, он удалялся путем рассечения последнего. После такой операции на протоке часто образовывалась рубцовая стриктура, которая препятствовала оттоку секрета из железы (Афанасьев В.В., 1998; Z. Zenk, 2001).

Учитывая важность слюнных желез для организма человека и возможность послеоперационных осложнений, таких как: повреждение крупных сосудов, лицевого и подъязычного нервов, актуальной в настоящее время является проблема совершенствования органосохраняющих методов лечения заболеваний слюнных желез.

С целью сохранения органа при лечении больных слюннокаменной болезнью в последние годы ведется работа и получены положительные результаты по применению метода сиалоэндовидеоскопии (осмотра протоковой системы крупных слюнных желёз при помощи сиалоэндоскопов различного диаметра и конструкции). (Dr Pua Kin Choo, 2012; Marchal F., Dulguerov P., Becker M., 2002; Сысолятин С.П. и соавт., 2012).

На базе нашего отделения было пролечено 112 пациентов по поводу слюнокаменной болезни с использованием сиалоэндовидеоскопической

техники (17 случаев с локализацией камня в околоушной слюнной железе, 95 — в подчелюстной). При этом у 59 пациентов удаление конкремента произведено либо без сиалодохотомии, либо с незначительным рассечением устья протока с последующим стентированием. У остальных 53 пациентов расположение, размеры и твёрдость конкрементов не позволяли подводить их к устью протоков после их захвата «корзиной», что потребовало расширения хирургического доступа с выделением протоков на протяжении, сиалодохотомией и удалением конкрементов, используя рабочую часть сиалоэндоскопа в навигации.

Учитывая наш клинический опыт говорить, что внедрение повседневную хирургическую практику сиалоэндовидеоскопической техники значительно vвеличило частоту проведения органосберегающих операции на крупных слюнных железах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СЛЮНОКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ КРУПНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Золотухин С.Ю., Балин В.Н. НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва

Диагностика слюнокаменной болезни в настоящее время включает, кроме общеклинических методов обследования, ряд инструментальных исследований: УЗИ, рентген нижней зоны лица в прямой и боковых проекциях, рентген дна полости рта, КТ, а в особых случаях - ретроградную контрастную сиалографию. Однако указанные инструментальные исследования зачастую не могут достоверно определить наличие конкремента в протоке слюнной железы, особенно при их диаметре менее 2 мм. Так, по данным литературы, частота диагностических ошибок составляет от 7 до 46% (Клементов А.В., 1980; Афанасьев В.В., 2003; LustmannJ. 1990, ZenkJ. 1999 и др.). Кроме того, традиционные методы обследования и диагностики заболеваний крупных слюнных желёз не позволяют изучить состояние слизистой оболочки выводного протока слюнной железы, определить наличие внутрипротоковых и внутрижелезистых пролежней и стриктур в зоне расположения конкремента, достоверно выявить наличие новообразований.

Данные обстоятельства обусловили активный поиск специалистами альтернативных методов диагностики слюнокаменной болезни. В настоящее время считается, что более эффективным методом исследований состояния

слюнных желез является сиалоэндовидеоскопия (осмотр протоковой системы крупных слюнных желёз при помощи сиалоэндоскопов различного диаметра и конструкции). (DrPuaKinChoo, 2012; MarchalF., DulguerovP., BeckerM., 2002;Сысолятин С.П. и соавт., 2012). Данная малоинвазивная технология предусматривает введение тубуса с двумя рабочими каналами через естественное устье в систему выводных протоков слюнных желёз. Процедура может выполняться в условиях местной инфильтрационной анестезии, причём в абсолютном большинстве случаев не требует нахождения пациента в стационаре. Среди недостатков данного исследования можно выделить лишь отсутствие возможности определения точного количества нескольких конкрементов, расположенных вдоль всей протоковой системы больной слюнной железы.

На базе клиники челюстно-лицевой хирургии и стоматологии «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» диагностическая сиалоэндовидеоскопия была произведена предъявлявших клинические жалобы, характерные для 112 пациентам, так называемой «слюнной колики», и впоследствии прооперированных нами по поводу слюнокаменной болезни крупных слюнных желёз. Всем этим пациентам в предоперационном периоде проводилось ультразвуковое и рентгенологическое исследование собственно слюнных желёз и их выводных протоков. Установлено, что признаки наличия конкремента в протоке слюнных желёз не определялись на УЗИ у 47 пациентов (41%), а при обзорной рентгенографии нижней зоны лица и рентгеновском снимке дна полости рта - у 38 пациентов (34%). В то же время, использование у тех же пациентов диагностического метода сиалоэндовидеоскопии тех же желёз показало наличие конкрементов у всех обследованных больных.

Учитывая наш клинический опыт, можно утверждать, что использование сиалоэндовидеоскопии существенно улучшает качество диагностики достаточно широко распространённой слюнокаменной болезни крупных слюных желёз.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

Коржук М.С.¹, Копин Е.Ж.², Козлов К.К.¹

¹ОмГМА МЗ РФ

²ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.,
г. Омск

Актуальность. Повсеместна тенденция к увеличению количества пациентов с тяжелой травмой. Прогресс реанимационной помощи,

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



позволяющий выхаживать этих больных, требующих продленной ИВЛ, приводят к росту количества пациентов с осложнениями интубации и трахеостомии, в том числе - грануляционными и рубцовыми стенозами трахеи [В.Д. Паршин, 2003; P. Fiala et al., 2002]. Частота развития стенозов трахеи после интубации составляет от 0,2 до 25 % [А.И. Юнина, 1972; А.Я. Самохин с соавт., 1992; М.И. Перельман, 1999; В.Н. Фоломеев с соавт., 2001]. Эффективность циркулярных резекций трахеи составляет 77,3-93 % [В.Д. Паршин 2003; О.О. Ясногородский с соавт., 2004; Ј. Wain et al., 2003; О. Cuisnier et al., 2004]. Однако неудовлетворительные результаты после хирургического лечения стенозов трахеи достигают 14,9 %, а послеоперационные осложнения 8,2 % и летальность 0,7-2,4 % [О.О. Ясногородский с соавт., 2004; В.Д. Паршин с соавт., 2006; J. Wain et а1., 2003]. Удовлетворительные результаты эндоскопического лечения, по данным литературы, представлены в широких пределах от 7% до 90% [Б.Б. Шафировский с соавт., 1995; А.А. Овчинников с соавт., 2004; А. Pereszlenyi et al., 2007; S. Cavaliere et al., 2007; O. Merrot et al., 2008; A. Melkane et al., 2010]. В среднем эндоскопическое лечение, как самостоятельный метод, позволяет избавить от недуга не более 1/3 больных со стойкими рубцовыми стенозами трахеи [В.Д. Паршин 2003; Л.А. Ситко с соавт., 2010; Н. Park et al., 2009], что недостаточно при нынешнем развитии медицинской техники и медицины в целом, учитывая как единственную альтернативу оперативное лечение. Таким образом, проблема малоинвазивного лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи является актуальной задачей хирургии и требует дальнейшего изучения и совершенствования.

Цель исследования. Улучшить результаты эндоскопического лечения больных рубцовыми и грануляционными стенозами трахеи путем применения радиоволнового и криогенного воздействия.

Материалы И метолы исследования. Исследование проведено на базе торакального отделения БУЗОО ГКБ №1 им. Кабанова А.Н., г.Омск в период 2000-2010 гг. В исследование включено 103 пациента со стенозами трахеи. Обследование больных как первичное, так и в динамике выполнялось с использованием клинических, лабораторных эндоскопических, рентгенологических методов. В качестве лечебных методик применяли бужирование, стентирование, криодеструкцию и радиоволновую коагуляцию.

Бужирование выполняли во время ригидной трахеоскопи бронхоскопами «MLM» и «Karl Storz» самим тубусом бронхосокопа.

Для стентирования применяли стенты Монтгомери Люмона производства ЗАО «МедСил», авторский гладкий стент с наружно-внутренней фиксацией (Патент РФ на полезную модель № 86092. Устройство для эндопротезирования трахеи от 27.08.2009 г.) (рис.1).

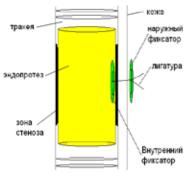


Рис.1 Схема гладкго стента с наружно-внутренней фиксацией

Рис.2 Криоаппликатор КМТ – 01Б

Криодеструкция. При лечении больных с разрастаниями грануляционной ткани в трахее применяли криохирургический метод. Пользовались аппаратом, разработанным В.К. Федотовым с соавт. (1995) КМТ-01Б (НПК «Криомедицинские технологии», г. Омск) (рис. 2).

Хладагентом в аппарате является медицинская закись азота. Аппарат рекомендован к применению в медицинской практике Комитетом по новой медицинской технике МЗ РФ (протокол № 2 от 23 марта 1994 г.). Аппарат состоит из адсорбера для очистки и осушения газа, вентиля для подачи газа, гибкого газопровода, рукоятки. Рабочим элементом является наконечник, установленный на конце рукоятки. Принцип работы: сжатый газ из баллона поступает через адсорбер в рукоятку, где он расширяется, температура наконечника снижается до −80°. Охлаждение грануляционной ткани приводит к формированию микрокристаллов льда во внутри- и межклеточном пространствах, разрушению внутриклеточных структур и межклеточных мембран и деструкции клеток. Происходит асептический некроз ткани. Регенерация ткани после криодеструкции происходит с минимальным образованием рубцов.

Рассечение зоны стеноза при помощи радиоволнового электрода. Для рассечения рубцовых тканей стеноза трахеи нами разработан радиоволновой электрод. Стержень инструмента представляет собой металлическую трубкупроводник 3 мм в диаметре, 50 см длиной и снаружи покрыт изоляционным материалом. Благодаря жесткому каркасу возможно управление инструментом во время манипуляции и использование его без фибробронхоскопа. На расстоянии 10 мм от дистального конца инструмента расположена вольфрамовая игла 0,8 мм в диаметре, на 5 мм выступающая перпендикулярно оси стержня из изоляционного слоя. На дистальной части инструмента расположен ограничитель, препятствующий провалу вольфрамовой иглы в ткани, длина



ограничителя 7 мм, диаметр 3 мм (рис. 3) (Патент РФ на полезную модель №93257 от 27.04.10г). На рукоятке, изготовленной из силикона, нанесена метка положения вольфрамовой иглы.



Рис. 3 Схема радиоволнового электрода

Мы подключали электрод к радиочастотному электрохирургическому аппарату ЭЛЕКТРОПУЛЬС С–350 РЧ, который имеет ряд режимов, в т.ч.: «резание» — 0-350 Вт; «коагуляция монополярная контактная» — 0-120 Вт; «коагуляция монополярная бесконтактная» — от 0-60 Вт. Радиоволновой электрод использовали следующим образом. Трахею интубировали тубусом ригидного бронхоскопа до уровня стеноза. В тубус вводили радиоволновой электрод и проводили его дистальную часть за зону стеноза, ограничителем касались ткани, подтягивая электрод на себя, производили разрез и коагуляцию. При этом разрушению подвергаются только непосредственно прилежащие к игле.

Результаты и обсуждение. За период с 2000 по 2010 годы было выполнено 311 бужирований стеноза трахеи у 103 пациентов. Бужирование стеноза трахеи как основной и окончательный метод лечения результативен в небольшом проценте случаев. Нередко через 1-2 недели возникал рецидив стеноза трахеи, что требовало повторного бужирования или других эндоскопических или хирургических методов лечения. Как окончательный метод лечения бужирование было эффективно у 23 (22,3 %) больных. В одном случае было интраоперационное осложнение в виде двухстороннего пневмоторакса, приведшего в последующем к летальному исходу. У 80 (77,6 %) больных возник рецидив стеноза трахеи. Такие результаты согласуются с опубликованными данными.

За изучаемый период выполнено 20 криодеструкций грануляций трахеи. Криоаппликатор вводили в трахею при ригидной бронхосокпии через тубус бронхоскопа или через трахеостому, при ее наличии под контролем фибробронхоскопа. Криовоздействие осуществлялось в течение 30 сек. при температуре –80 С°. Во всех случаях получен хороший результат. Криохирургические методы были эффективны при грануляционных стенозах трахеи, при рубцовом поражении после криодеструкции рубцовой ткани возникал рецидив стеноза трахеи.

В двух случаях использована эндоскопическая установка стента Дюмона. Положительного результата не получено, возник рецидив и увеличение протяженности стеноза трахеи, что явились показанием к Т-образному стентированию.

Ригидная трахеоскопия с рассечением рубца радиоволновым электродом с последующим стентированием эндопротезом с гладкой поверхностью с наружно-внутренней фиксацией использована у 4 (3,8 %) больных с рубцовым стенозом трахеи. Осложнений не было. При использовании предложенного эндопротеза миграции не отмечалось, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии через 7 дней после установки эндопротеза. Далее проводились контрольные фибробронхоскопии в амбулаторном порядке 1 раз в 2 недели. Средний койко-день составил 13,5. Дилатация проводилась от 1 до 4 месяцев. Удаляли эндопротеза при ригидной бронхоскопии, лигатуру срезали и при помощи захватов типа «крокодил» извлекали корпус эндопротеза из трахеи. Пациентов наблюдали в течение недели в стационаре и выписывали. Рецидивов стеноза трахеи не отмечено.

Электрохирургическое рассечение стеноза трахеи применяли также в комплексном лечении больных с Т-образным стентированием с положительным эффектом.

Выводы:

- 1)Эндоскопия прилечении может применяться как этап(ы) хирургического комплексного лечения, так и, в ряде случаев, в виде окончательного метода.
- 2) Эндоскопическая криодеструкция эффективна при грануляционных стенозах и малоэффективна при рубцовых стенозах трахеи
- 3) Эндоскопическая радиочастотная деструкция с использованием разработанного электрода эффективна при рубцовых стенозах трахеи.
- 4) Применение при лечебной трахеоскопии радиочастотной деструкции и криодеструкции у пациентов со стенозами трахеи позволяет улучшить результаты лечения.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кубачев К.Г., Артюхов С.В. СЗГМУ им И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Посредством внедрения эндовидеохирургических, эндоскопических методик, а также двухэтапных операций в течение одной госпитализации, улучшить результаты лечения больных обтурационной толстокишечной непроходимостью обусловленной раком левой половины толстой кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ медицинских карт 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, 1,9% – от 12 до 24 часов, 97% больных доставлены в стационар после 24 часов с момента развития острой кишечной непроходимости. С целью уточнения диагноза при поступлении больных в приемное отделение выполнялись различные инструментальные методы исследования, объём которых согласовывался с перечнем МКБ – 10 и МЭС, используемыми в повседневной работе. Полученные данные подвергнуты статистическому анализу.

Результаты. У 1154 пациентов диагностирована только острая обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 больных, наряду с кишечной непроходимостью, имелись другие осложнения рака, такие как, диастатические разрывы, некроз и/или перфорация приводящих отделов, перфорация с перитонитом, перитонит без перфорации, околоопухолевый абсцесс, тяжелый сепсис, септический шок. Чаще всего опухоль располагалась в сигмовидной кишке (39,5%), ректосигмоидном отделе (22,7%) и нисходящей ободочной кишке (17,4%). Согласно классификации TNM (2009) рак Т3 стадии выявлен у 9,2%, Т4а, в стадии – у 90,8%. Синхронный рак ободочной кишки обнаружен у 47 больных. Из дальнейшего анализа исключены 810 больных с отдаленными метастазами, 223 с местнораспространенными неудалимыми опухолями и 148 с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, не позволившими выполнить радикальную операцию.

Объектом исследования стали 1019 больных, у которых не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены радикальные операции. После предоперационной подготовки все пациенты были оперированы в течение 3 – 6 часов после госпитализации. Вид операций представлен в таблице.

Операции	Количество	Умерло
Лапаротомия, двуствольная колостомия	353	21 (6%)
Лапароскопически ассистированная двуствольная колостомия	128	6 (4,7%)
Левосторонняя обструктивная гемиколэктомия	154	16 (10,4%)
Цекостомия, операция Гартмана	21	9 (42,9%)
Цекостомия, трансверзостомия	19	7 (36,8%)
Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана	271	22 (8,1%)
Субтотальная колэктомия	22	7 (31,8%)
Передняя резекция прямой кишки	51	6 (11,8%)
Всего	1019	97 (9,5%)

При выборе вида оперативного вмешательства учитывали тяжесть состояния и соматический статус пациента, наличие и характер дополнительных осложнений. При тяжести состояния менее 15 баллов по шкале АРАСН-II оперативное вмешательство начинали с диагностической лапароскопии доступом по Хассену. Наличие в структуре больницы отделения неотложной эндовидеохирургии способствует решению многих организационных проблем, связанных с использованием этой методики Диагностическая лапароскопия была выполнена 295 больным, у 128 (43,4%) удалось визуализировать опухоль и выбрать петлю ободочной кишки для формирования двуствольной колостомы. После этого посредством минилапаротомии, при помощи лапароскопической ассистенции, петлю ободочной кишки выводили в виде двуствольной колостомы. Далее пациенты в течение нескольких дней находились в отделении реанимации, где им выполнялась катетеризация эпидурального пространства, интенсивная терапия, направленная на восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Повторные оперативные вмешательства без выписки из стационара в сроки от 6 до 18 суток выполнены 500 больным, в том числе 353 больным после двуствольной колостомии, 128 - после лапароскопически ассистированной лвуствольной колостомии и 19 – после цекостомии (при наличии участков некроза в куполе кишки) и трансверзостомии (левая треть поперечной ободочной кишки). Общая летальность в группе составила 13 пациентов (2,6%).

Сроки восстановления функции желудочно-кишечного тракта после лапароскопически ассистированной и традиционной двуствольной колостомии существенно отличались. В первом случае колостома начинает нормально функционировать сразу после операции, тогда как после традиционных операций перистальтика ободочной кишки восстанавливается на 2 – 5 сутки. После видеоассистированных операций повторные вмешательства выполняли в среднем на 7-8 сутки, а после традиционных на 10-13.

Выводы. Причинами поздних операций после традиционных дренирующих операций явились неполное восстановление функции ЖКТ, очаговая пневмония, энцефалопатия, тромбофлебит подкожных вен голени, нарушение ритма сердца, нагноение срединной раны, параколостомическое нагноение, абсцесс рюшной полости, почечная недостаточность.

Выполнение повторных операций после лапароскопически ассистированных колостомий практически не представляло технических неудобств, так как спаечный процесс в брюшной полости практически отсутствовал, тогда как лапаротомия, всегда приводила к более или менее выраженному спаечному процессу, усложняющему выполнение оперативного вмешательства. Формирование лапароскопически ассистированной двуствольной колостомии при обтурационной толстокишечной непроходимости при раке левой половины толстой кишки позволяет эффективно устранять симптомы кишечной непроходимости и сократить сроки подготовки ко второму

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



этапу операции. Подобная тактика позволяет оптимизировать стадирование заболевания, выполнять радикальные хирургические вмешательства в более комфортных и безопасных условиях, улучшить качество жизни пациентов.

Литература.

- 1. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки: автореф. дис. . д–ра мед. Наук. СПб., 1993. 34 с.
- 2. Миронов В.И., Килин А.Г. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Международный хирургический конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии»: Тез. докл. –Москва. 2003. С. 136.
- 3. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Хирургическая реабилитация пациентов с двуствольными кишечными стомами // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.—2008.—Т. 18,N4.—С.69—73.
- 4. Шелехов А.В., Белоногов А.В., Храмцов Е.В. Применение лапароскопической колостомии при паллиативном лечении рака прямой кишки // Эндоскопическая хирургия в онкологии: тр. КОЦ МЗ РТ. –1999.—Т.4.—С.31—33.
- 5. Шепсковски М. Лапароскопическое восстановление непрерывности кишки после операции Хартманна // Рос. журн. гастроэнтерологии, гапатологии, колопроктологии. 1998. Т.8,№3. С.66–68.
- 6. Александров В.Б. Каковы перспективы лапароскопических технологий в лечении рака толстой кишки (опыт 53 1 операции) // Тез. докл. III Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 24–25 февраля 2000 г.). С.З.
- 7. Алиев М.Я. Тактика хирургической детоксикации при лечении больных с острой непроходимостью кишечника опухолевого генеза // Актуальные проблемы современной хирургии: материалы международного хирургического конгресса. М., 2003. С. 130.
- 8. Мазунин В. Д. Опыт хирургического лечения тол сто кишечной непроходимости // Актуальные проблемы колопроктологии : материалы научной конференции с международным участием, посвященной 40—летию ГНЦ колопроктологии. М., 2005. С. 251—252.
- 9. Современные методы диагностики и лечения рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью / Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Кокая А.А. и др. // Вестник хирургии. 2001. Т. 160, № 3. С. 127.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кульчиев А.А., Бугулова О.К., Баскаев В.У., Джелиев О.А.

Правобережная ЦРКБ, СОГМА,

г. Беслан, г. Владикавказ

В 90-х годах XX века лапароскопия начала стремительно завоевывать популярность во всем мире, и к началу XI века стала обычным, широко распространенным способом диагностики и лечения многих заболеваний.

В 1998 году на базе поликлиники территориального медицинского объединения г. Беслан, оснащенного современной лечебно-диагностической аппаратурой и оборудованием, был организован Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ). Центр имеет в своем составе кабинет хирургов, две перевязочные (чистую и гнойную), две операционные (ЛОР и хирургическая), с централизованной подачей кислорода. Эндоскопическая аппаратура представлена видеосистемой «Straiker», инструменты фирмы «Auto Suture» и аппаратом «Мини ассистент» фирмы САН (г. Екатеринбург).

Медицинский персонал закреплен за ЦАХ, имеет высокую квалификацию и представлен бригадой в составе:

Хирург, врач эндоскопист.

Хирург, врач гинеколог.

ЛОР-врач.

Врач анестезиолог-реаниматолог.

Сестра анестезист.

Операционная сестра.

Санитарка.

Отрегулированная система взаимоотношений между центром амбулаторной хирургии и стационаром, а так же отбор пациентов без тяжелой сопутствующей патологии, позволяет выполнить оперативные вмешательства 1-2 категории сложности, которые ранее были возможны лишь в условиях стационара.

Больные поступают в центр амбулаторной хирургии по трем каналам:

- по направлению хирурга поликлиники или участкового врача, в случае выявления хирургической патологии и возможности лечения ее в плановом порядке,
- по направлению врачей стационара, в том случае, если удалось купировать острый приступ и есть возможность решения вопроса о плановом оперативном лечении,

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



- самостоятельное обращение.

После осмотра больного и оценки состояния его здоровья, составляется план его обследования. Для обследования пациентов с хирургической патологией используется лечебно-диагностическая база больницы. Средний срок обследования больного составляет обычно 3-4 дня, без отрыва пациента от работы. Объем предоперационного обследования является стандартным для выполнения плановых оперативных вмешательств.

В объем необходимых исследований входит:

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимические анализы (сахар крови и мочи, амилаза крови, диастаза мочи, креатинин, мочевина, остаточный азот, щелочная фосфатаза, белок и белковые фракции, билирубин).

Коагулограмма

Рентгенологические исследования (флюрография обязательна)

ЭКГ

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, почек и мочевыводящей системы, доплероскопия.

Больным с заболеванием желудочно-кишечного тракта и гепатопанкреатодуоденальной зоны производится ЭФГДС, по показаниям ректороманоскопия, колоноскопия.

Анализ крови на гепатит, RW

Определение группы крови и резус фактора

Все пациенты осматриваются терапевтом, а женщины- геникологом.

На основании данных обследованиякомиссионно решаются вопросы о возможности лечения в условиях ЦАХ, выборе объема операции, оперативного доступа и методе обезболивания. Пациент подробно инструктируется о порядке предоперационной подготовке и назначается день операции.

За период с 2008 по 2013 в центре амбулаторной хирургии было пролечено 1718 пациентов из числа тех, которым можно было выполнить как традиционный доступ, так и лапароскопически. Из них лапароскопически было пролечено 1400 пациентов, что составило 81,5%. Здесь надо отметить, что процент лапароскопически выполненных операций увеличивался с 69% (в 2008) до 84,5% (в 2013):

- с хирургической патологией 840;
- гинекологические 878.

Средний возраст пациентов составил 41,7 лет, при этом возрастной диапозон варьировал от 3 до 81 года. Все пациенты проходят тщательное обследование (амбулаторно), после чего комиссионно решается вопрос о выборе объема операции, оперативного доступа и методе обезболивания.

Подавляющее большинство операций (72,3%) выполнялось под общим (ТВА) наркозом, в 14% применялась СМА, и 13% операций выполнялись под местной инфильтрационной анестезией.

Спектр выполняемых операций:

Хирургия: 766

- хронический калькулезный холецистит (лапароскопически или с использованием аппарата Пруткова) 430 (лапароскопически 400, минидоступ 30);
- наружные грыжи живота (в том числе с пластикой полипропиленовым аллотрансплантатом) 251 (14-лап);
 - варикоцеле 75 (29-лап);
 - аппендэктомия 10 (5-лап);
 - диагностические лапароскопии 74.

Гинекологические операции (лапароскопически или с использованием аппарата Пруткова) – 878 (5-минидоступом, 873- лапароскопически)

- миомэктомии 47;
- резекция яичника 118;
- аднексэктомия 26;
- сальпингостомия, неостомия 82;
- сальпингоовариолизис, фимбриолизис 209;
- коагуляция и иссечение эндометриоза 104;
- электрокоагуляция яичников 104;
- тубэктомия 28;
- стерилизация 12.

Всем больным проводятся мероприятия, направленные на профилактику тромбоэмболических осложнений (эластичная компрессия нижних конечностей, антикоагулянты) и предупреждение гнойно-воспалительных осложнений (введение антибиотиков широкого спектра действия за 30 минут до операции).

Надо отметить, что все эндоскопические операции выполнялись под интубационной тотальной внутривенной анестезией. Операции с применением техники минидоступа (при холецистэктомии и гинекологической патологии) выполнялись как под ТВА (76%), так и под регионарной СМА (34%). Осложнений, связанных с ТВА не отмечалось. При проведении СМА в трех случаях у больных в раннем послеоперационном периоде отмечались головные боли, которым ранее мы бы рекомендовали традиционные методы оперативного пособия.

Так, перестали считать абсолютным противопоказанием пациентов, ранее оперированных (особенно по поводу гинекологической патологии), таких пациентов было 84 среди гинекологических больных, и 36 у хирургических пациентов. Причем в 6 случаях был выявлен выраженный спаечный процесс затрудняющий доступ к оперируемому органу, который был разделен эндоскопически, а в 3 случаях – послужил поводом для конверсии.

Более толерантно относимся к пациентам с сопутствующей терапевтической патологией (гипертоническая болезнь, компенсированный сахарный диабет) –

таких пациентов было 18, и оперированы они на более низких цифрах давления карбоксиперитонеума (6-8 мм рт.ст.). У 26 пациентов, оперированных по поводу калькулезного холецистита, была выявлена острая форма воспаления включая деструктивные формы (водянку, эмпиему и в одном случае гангрену).

Кроме того, 38 пациентам была выполнена симультанная операция (гинекологическая и хирургическая или операции сочетающие герниопластику по поводу вентральной грыжи с хирургической или гинекологической патологией).

В 94% оперативное лечение завершалось дренированием брюшной полости или полости малого таза. Дренаж как правило удалялся на 2-ые сутки.

Осложнения выявленные за отчетный период были связаны в основном с осложнениями связанными с заживлением послеоперационных ран (у 15 пациентов отмечались лигатурные абсцессы), а в 4 случаях в позднем послеоперационном периоде у больных отмечались послеоперационные параумбиликальные грыжи, которые требовали повторного оперативного лечения, что мы связываем как с качеством шовного материала, так и несоблюдением некоторыми пациентами рекомендаций об ограничении физических нагрузок а раннем послеоперационном периоде.

В одном случае после гинекологической операции потребовалась релапароскопия в связи с кровотечением из резецированного яичника. Выполнен эндоскопический гемостаз, санация и дренирование брюшной полости. Кровопотеря составила 350 мл.

В среднем сроки пребывания пациентов после эндоскопических вмешательств составили 2,3 к/дня. В 81% случаев, больные находились в отделении 1 сутки. В 12% пациенты уходили домой в день операции, а в 7% более 2 суток (чаще всего в связи с необходимостью оставления дренажа на более продолжительный период).

Вывод: в амбулаторных условиях современная эндовидиохирургия позволяет значительнорасширить объем выполняемых хирургическихи гинекологических операций.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Лапароскопическая адреналэктомия, на сегодняшний день, является операцией выбора у пациентов с различными формами новообразований

сочетает налпочечников. Ланная операция очевидные преимущества эндоскопического доступа (уменьшение степени хирургической травмы и частоты осложнений, комфортное для пациента течение послеоперационного периода, малые сроки реабилитации) и возможность выполнения адекватного объема оперативного вмешательства. С другой стороны, важным фактором, влияющим на выполнимость лапароскопической адреналэктомии, является размер неоплазии адреналовой железы. Увеличение размеров новообразования изменения топографо-анатомических зачастую является причиной взаимоотношений между органами, что, закономерно, сопровождается трудностями в процессе идентификации анатомических структур. Вышеуказанные особенности привели к тому, что в течение длительного времени преобладала точка зрения, что максимальный размер новообразования надпочечника, при котором допустимо проведение вмешательства посредством лапароскопического доступа, не должен превышать 5 см в максимальном измерении. Считалось, что при большем диаметре неоплазии существенно повышается риск развития интраоперационных осложнений. Однако в последние годы, по мере накопления практического опыта, в ряде исследований была продемонстрирована возможность безопасного выполнения лапароскопической адреналэктомии и по поводу новообразований, превышающих 5 см в наибольшем измерении, в том числе достигающих 10 см в диаметре.

Цели исследования. Определить оптимальные аспекты оперативной лапароскопической адреналэктомии при новообразованиях надпочечников, превышающих 5 см в максимальном измерении. Изучить непосредственные результаты данных вмешательств. Сравнить частоту возникновения осложнений. длительность вмешательства. течения послеоперационного периода при проведении лапароскопической адреналэктомии по поводу неоплазий больших размеров и при новообразованиях. не достигающих 5 см в диаметре.

Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 32 пациента, у которых были выявлены новообразования надпочечников больших размеров (более 5 см в диаметре). Все операции были проведены посредством бокового трансабдоминального лапароскопического доступа. Правостороннее вмешательство была выполнено в 21 случае (65,6%), левосторонняя операция была проведена у 11 больных (34,4%). Вмешательства осуществлялись по поводу следующих нозологических форм поражения надпочечников: кортикостерома (10 случаев), феохромоцитома (8), инсиденталома (7), киста (5), альдостерома (2). В контрольную группу были включены 63 пациента, у которых лапароскопическая адреналэктомия, проведенная также с помощью бокового трансабдоминального доступа, была выполнена по поводу новообразований надпочечников малых и средних размеров (до 5 см). Нозологическими формами

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



заболеваний в данной группе были: кортикостерома (19 случаев), альдостерома (13), инсиденталома (10), феохромоцитома (9), узловая гиперплазия коры (8), киста (4). Правостороннее вмешательство в контрольной группе было осуществлено в 40 случаях (63,5%), а левостороннее — у 23 пациентов (36,5%). Следует отметить, что основные этапы оперативного вмешательства при увеличении размеров новообразований надпочечников оставались теми же и включали в себя создание экспозиции операционного поля, идентификацию центральной вены, лигирование и пересечение центральной вены, диссекцию надпочечника в едином блоке с новообразованием, экстракцию макропрепарата.

Результаты. При анализе технических особенностей проведенных вмешательств мы отметили, что на этапе создания экспозиции операционного поля оперативная техника при выполнении операции по поводу новообразования больших размеров была сходна с таковой при стандартном оперативном вмешательстве. Причем, чем больше размеры новообразования, тем проще его идентификация, что облегчало задачу при осуществлении диссекции тканей во время первого этапа операции. Идентификация центральной вены надпочечника при новообразованиях, превышающих в максимальном измерении 5 см, сопровождалась наибольшими техническими трудностями по сравнению с операцией при неоплазиях малых и средних размеров. При крупных опухолях часто наблюдалась дислокация анатомических структур, вызванная их оттеснением за время роста опухолевой ткани. Центральная вена при этом зачастую обнаруживалась со стороны задней поверхности в области верхнего полюса правого надпочечника и нижнего полюса левой адреналовой железы. Такая локализация центральной вены требовала выполнения частичной диссекции опухоли до ее пересечения. При этом вынужденно сохранялась возможность сброса гормонов в кровеносное русло во время интенсивных манипуляций с опухолью в процессе диссекции. На этапе лигирования и пересечения центральной вены сложности могли возникать в связи с плохой доступностью центральной вены после ее выделения из-за изменений анатомических взаимоотношений, а также выраженного укорочения. Для уверенного и безопасного клипирования центральной вены в ряде случаев мы применяли прием взятия вены на держалку в виде лигатуры. На этапе диссекции железы, в связи с часто встречающимся плотным прилеганием неоплазий больших размеров к крупным сосудам и паренхиматозным органам брюшной полости, требовалась максимальная прецизионность манипуляций, а так же сопоставление интраоперационной картины с данными предоперационной топической диагностики. В тоже время для соблюдения онкологических принципов при правосторонней операции мы рекомендуем прием повторного входа в забрюшинное пространство путем рассечения брюшины в области проекции нижнего полюса надпочечника. Данный прием позволяет удалять максимальный объем жировой клетчатки, окружающей

налпочечник. Однако при левостороннем вмешательстве выполнение данного приема может быть затруднено и связано с риском ранения почечной вены. Другим важным моментом являлось отмеченное в большом числе случаев выраженное расширение веточек надпочечниковых артерий, которое привело к необходимости прицельного выделения, клипирования и пересечения данных сосудов даже при использовании для диссекции ультразвуковых ножниц или аппарата LigaSure. На заключительном этапе были отмечены определенными трудности, связанные с тем, что размер препарата значительно превосходил размер троакарного доступа, через который он извлекался из брюшной полости. В данной ситуации мы сразу производили расширение троакарного доступа до достаточных размеров, так как попытки извлечения макропрепарата через недостаточный по диаметру разрез могут привести к разрыву контейнера и нарушению принципа абластики. В свою очередь, выполнение расширения доступа и его последующее закрытие также требует отдельного внимания вследствие того, что вынужденное пересечение мышц передней брюшной стенки может приводить к возникновению кровотечения, нераспознанного во время ушивания раны, а в отдаленном послеоперационном периоде - к развитию послеоперационных вентральных грыж.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе составила 96.3 ± 13.44 минут, в контрольной -67.2 ± 11.07 минут. Мы отметили, что основное увеличение временных затрат было получено на этапах идентификации центральной вены (на 61,5%), диссекции надпочечника в блоке с опухолью (на 118,2%) и экстракции удаленного препарата из брюшной полости (на 53,8%). Средний размер удаленного новообразования в исследуемой группе больных составил 66±14 мм (от 52 до 87 мм – при правосторонней адреналэктомии и от 51 до 84 мм – при левосторонней). Средний диаметр новообразования, удаленного в контрольной группе был равен 37±11 мм (от 15 до 50 мм). Осложнения в исследуемой группе были выявлены у 3 пациентов (9,4%). В 1 случае имело место интраоперационное ранение селезенки, связанное с трудностями при диссекции опухоли, которое было устранено лапароскопически. У 1 пациента в послеоперационном периоде в области троакарного доступа развилась нарастающая гематома предбрюшинной клетчатки, потребовавшая хирургической коррекции. В 1 случае была выявлена картина послеоперацинного реактивного панкреатита, разрешенного консервативно. Конверсия доступа в основной группе не потребовалась ни в одном из наблюдений. В контрольной группе осложнения были зафиксированы у 5 больных (7,9%) в виде 1 случая ранения печени, 1 случая ранения селезенки (устранены с сохранением лапароскопического доступа); у 2 пациентов в послеоперационном периоде была выявлена клиническая картина реактивного панкреатита. В 1 случае в контрольной группе во время вмешательства развилась нарастающая подкапсульная гематома селезенки, потребовавшая конверсии доступа и выполнения спленэктомии. При анализе показателей течения послеоперационного периода, в исследуемой группе мы выявили некоторое увеличение времени активизации пациентов (на 24,6%), продолжительности болевого синдрома (на 16,5%) и сроков пребывания больных в стационаре (на 20,3%). Однако следует отметить, что показатели частоты осложнений и течения послеоперационного периода в обеих группах, очевидно, остаются на уровне, значительно превосходящем результаты открытых операций.

лапароскопической Выводы. Проведение адреналэктомии новообразованиях надпочечников больших размеров сопровождается рядом технических трудностей. Однако при применении специальных приемов оперативной техники, соответствующем уровне аппаратного обеспечения и высоком качестве предоперационной топической диагностики данное оперативное вмешательство является выполнимым и безопасным. Таким лапароскопическую адреналэктомию при новообразованиях адреналовых желез, достигающих в размерах от 5,0 до 8,0-9,0 см, следует признать операцией выбора при условии соблюдении вышеуказанных требований к проведению данного оперативного вмешательства.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Курцер М.А. 1 , Дубровский А.В. 1,2 , Панин А.В. 1 , Петров Д.Ю. 2 , Смирнов А.В. 2

¹Клинический госпиталь «Лапино», ²МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Цель. Оптимизация тактики и методов малоинвазивного лечения пациенток с острым аппендицитом на фоне беременности больших сроков.

Материалы и методы. В клиническом госпитале Лапино в период с января 2013 по май 2014 было выполнено 42 лапароскопических аппендэктомии у пациенток на фоне беременности в сроках от8 до22 недель, в возрасте от 19 до 43 лет. С целью предоперационной диагностики всем больным выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, почек, малого таза, акушерский ультразвук. У 17 пациенток для уточнения диагноза было выполнено МРТ брюшной полости и малого таза, при котором был подтвержден диагноз острого аппендицита. Операции проводились под общей анестезией.

Троакары вводились выше пупка, в левом и правом латеральных каналах, после оценки высоты стояния дна матки под контролем УЗИ и маркировки передней брюшной стенки медицинским маркером. Аппендэктомия выполнялась с применением биполярной коагуляции в стандартных режимах воздействия, культя червеобразного отростка обрабатывалась петлями Редера - лигатурным способом. Червеобразный отросток удалялся через 12 мм трокар в проекции левого латерального канала. В 33 случаях гистологически был верифицирован острый флегмонозный аппендицит, в остальных 9 случаях острый гангренозный аппендицит. У 17 пациенток из 42 имел место местный серозно-фибринозный перитонит.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений. У 2 пациенток при контрольном ультразвуковом исследовании на 3 сутки сохранялось небольшое количество жидкости в малом тазу не потребовавшее однако каких-либо вмешательств. Все пациентки были выписаны на сроти от 2 до 5 суток с момента операции. Учитывая беременности антибиотики использовались ограничено, наиболее часто применялись защищенные пенициллины - амоксиклав в стандартной дозировке. Для профилактики и снижения тонуса матки в интро и послеоперационном периоде использовались раствор сульфата магния (магнезия) и генипрал в принятых дозировках. Все пациентки находились под совместным наблюдением хирургов и акушеров-гинекологов. Из 42 пациенток перенесших лапароскопическую аппендэктомию в ходе беременности все пациентки сохранили беременность до своевременных родов в сроках 36-41 неделя беременности. 19 из них госпитализировались на роды в клинический госпиталь Лапино: 17 своевременные физиологические роды, 2 оперативные роды по акушерским показаниям. Каких-либо осложнений во время родов не было. Послеродовый период и состояние детей без особенностей.

Выводы. Лапароскопические вмешательства при сроках беременности до 14 недель серьезных технических сложностей не представляют. Необходимо соблюдать осторожность и стараться не прикасаться к матке и придаткам. До операции при проведении ультразвукового исследования необходимо определить наличие жидкости в позадиматочном пространстве, чтобы при необходимости эвакуировать ее. При отсутствии по данным УЗИ или МРТ жидкости перемещать матку и пытаться осмотреть эту зону нецелесообразно. При более поздних сроках необходимо ограничение давления при наложении карбоксиперитонеума до 10-12 мм.рт.ст. Таким образом применение видеолапароскопического метода лечения острого аппендицита у беременных на сроках до 24 недель возможно, и не влияет отрицательно на течение беременности и последующие роды.

СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ – ОДИН ИЗ ЭТАЛОНОВ СОЧЕТАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА

Курыгин А.А., Семенов В.В. ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

По данным ВОЗ, сочетанная патология встречается у 20-30% больных хирургического профиля. Вместе с тем, несмотря на ряд очевидных достоинств симультанных операций, их доля составляет лишь 1,5-6,0% от всех выполняемых хирургических вмешательств, что объясняется различными, нередко необоснованными причинами. В настоящее время тезис о целесообразности симультанных операций, возможности и необходимости более частого их выполнения в плановой хирургии является вполне очевидным. Преимущества сочетанных вмешательств обоснованы, доказаны и представлены в литературе.

Симультанная (сочетанная) операция — это вмешательство, выполняемое в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Она включает в себя основное (как правило, наибольшее по объему) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую (дополнительную) операцию (или операции) по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства.

В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 33 больных (25 женщин и 8 мужчин), средний возраст которых составил 59,2±1,4 лет. В качестве основного этапа симультанного вмешательства пациенты перенесли следующие операции на органах живота: устранение вентральной грыжи (n=25), лапароскопическая адреналэктомия (n=3), лапароскопическая пангистерэктомия (n=1), лапароскопическая фенестрация кисты печени (n=1), лапароскопическая лапароскопически резекция желудка (n=1).ассистированная комбинированная правосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя аднексэктомия (n=1), лапароскопическая сегментарная резекция печени (n=1). При этом дополнительным этапом во всех случаях была лапароскопическая холецистэктомия (n=33). По совокупности тяжести хирургических заболеваний и сопутствующей терапевтической патологии 23 больных были отнесены ко ІІ группе и 10 пациентов - к III группе операционно-анестезиологического риска по классификации ASA.

Показаниями к симультанной лапароскопической холецистэктомии в 11 случаях явились частые приступы печеночной колики при наличии множественных разнокалиберных конкрементов в желчном пузыре, у 3 больных

был отключенный (нефункционирующий) желчный пузырь. У 19 пациентов операция носила санирующий характер, однако и в этих случаях ее следует считать оправданной в связи с риском развития острого холецистита в раннем послеоперационном периоде.

Интраоперационных осложнений ни в одном случае не было. У одного больного развился острый послеоперационный панкреатит, проявления которого были купированы консервативно. Средний койко-день после симультанных операций не отличался от соответствующего показателя у больных, перенесших аналогичные изолированные вмешательства без лапароскопической холецистэктомии.

Представленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что различные пообъему операции в сочетании с лапароскопической холецист эктомией у пациентов ПиШгруппоперационно-анестезиологического риска не сопровождаются увеличением числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапами сочетанного вмешательства, и не продлевают сроки лечения больных. При этом симультанная операция избавляет пациентов сразу от двух заболеваний и обладает высокой экономической эффективностью, позволяя значительно снизить затраты по сравнению с двух этапным оперативным лечением больных с сочетанной хирургической патологией. Также необходимо отметить, что любая операция является сильным стрессорным фактором для каждого пациента, и ожидание им очередной госпитализации сопровождается выраженным психо-эмоциональным дискомфортом. В этом отношении симультанное вмешательство обладает еще одним важным преимуществом.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия в качестве дополнительного оперативного этапа является одним из эталонов сочетанных абдоминальных операций, очевидные достоинства которых заставляют расширять показания к их выполнению в современных условиях.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Лодыгин А.В., Желнинов М.Г., Синявский Э.А., Ефанов Д.А., Ахметов А.Д., Бескровный Е.Г. Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург

Введение. Острый аппендицит является актуальной проблемой экстренной хирургии. Частота составляет до 4-5 случаев на 1000 человек в год и остается стабильной на протяжении многих десятилетий. История

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



эндовидеохирургического лечения аппендицита насчитывает около 40 лет. Начиная с 1980-х годов лапароскопическая аппендэктомия стала распространяться и набирать популярность, с 2000-х годов эта операция уже названа «золотым стандартом». В настоящее время выполнение лапароскопической операции возможно и реально при осложненных формах заболевания: гангренозно-перфоративном аппендиците, формировании рыхлого инфильтрата и даже в условиях перитонита.

Материалы и методы. Мы проанализировали нашу работу за 4,5 года (с начала 2009 г. по июнь 2014 г.) и выявили 77 осложненных форм аппендицита. Основная масса среди них (47 человек) составляла рыхлые аппендикулярные инфильтраты, 22 случая гангренозного и перфоративного аппендицита с местным гнойным перитонитом, 8 гангренозных и перфоративных аппендицитов с периаппендикулярным абсцессом. В 2 случаях, имевших место в 2012 г., потребоваласьконверсия(пациентысрыхлымиаппендикулярнымиинфильтратами и ретроперитонеальным расположением отростка, визуализировать которые лапароскопически не удалось), в 1 случае в 2013 г. под спинальной анестезией была выполнена традиционная операция в связи с противопоказаниями для эндотрахеального наркоза и лапароскопии (тяжелая сердечно-сосудистая и легочная патология). Остальным была выполнена стандартная аппендэктомия с дренированием брюшной полости, в 6 случаях гангренозно-перфоративного аппендицита потребовалось выполнение ручного интракорпорального шва для достоверного и безопасного укрытия культи отростка.

Результаты. Летальных исходов зафиксировано не было. Выявленные нами в раннем послеоперационном периоде осложнения: 1 пациент с ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью, разрешившейся консервативно; 1 пациент с прогрессированием перитонита (выполнена санационная релапароскопия, в дальнейшем течение без особенностей) и 3 пациента с хирургической инфекцией троакарной раны, через которую удалялся отросток, пролечены консервативно, раны зажили вторичным натяжением. Медиана койко-дня — 6.

Выводы. Проанализировав осложнения, мы пришли к следующим заключениям. Развитие ранней спаечной кишечной непроходимости могло возникнуть равно как после лапароскопической, так и традиционной операции (в последнем случае такая вероятность представляется даже выше). У пациента с продолженным развитием перитонита, вероятно, имела место недооценка степени поражением брюшинного покрова и, вследствие этого, выполнена недостаточная санация и дренирование брюшной полости. Случаи нагноения троакарной раны имели место в период использования нефирменных контейнеров (буквально, из подручных материалов) для эвакуации отростка, что не всегда обеспечивало достаточный герметизм и асептику процессу.

Нашей целью является минимизация осложнений и выполнение лапароскопической аппендэктомии в 100% случаях, конверсия осуществляется

строго по показаниям и может быть, скорее, исключением из правил. В связи с этим необходима отработка дополнительных навыков для применения их в нестандартных ситуациях.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ «СВЕЖИХ» ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К. ВМедА им. С.М. Кирова, ЛОКБ, Санкт-Петербург

Непреднамеренное повреждение желчевыводящих протоков, несмотря на многолетнюю историю их выявления и устранения, остаётся наиболее сложным и драматичным разделом гепатобилиарной хирургии. Частота повреждений желчных протоков при холецистэктомии остаётся стабильной — 0,05-2,7%. Однако в последнее десятилетие увеличению ятрогенных повреждений желчных протоков (ЯПЖП) до 7% способствовало широкое внедрение лапароскопических технологий в лечении больных с желчнокаменной болезнью. В современной литературе очень часто встречаются работы, посвященные так называемым «свежим» повреждениям жёлчных протоков, подразумевающим повреждения с коротким сроком распознавания от момента повреждения. Термин «свежие» нельзя назвать удачным, так как среди авторов нет единого мнения о сроках выявления такого повреждения. Понятие «свежее» повреждение соотносится не только со сроками выявления травмы ЯПЖП, но и с отсутствием инфекционно-воспалительных осложнений в зоне поврежденного протока.

Цель исследования — изучить результаты диагностики и лечения «свежих» ятрогенных повреждений желчных протоков и обосновать рациональную хирургическую тактику.

Проанализированы результаты лечения 85 пациентов с ЯПЖП после выполнения лапароскопической холецистэктомии поступивших в клинику факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова и в хирургическое отделение №1 Ленинградской областной клинической больницы в период с 1998 по 2014 г. Большинство больных составили женщины (75%), что обусловлено развитием у них желчнокаменной болезни в 3 раза чаще, чем у мужчин. Возраст больных на момент травмы варьировал от 24 до 75 лет, составив в среднем 49,5±2,4. Основным видом оперативного вмешательства ставшего причиной ЯПЖП, была лапароскопическая холецистэктомия, выполненная у 57 больных в плановом порядке, у 28 больных по срочным показаниям.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Клиническими проявлениями ЯПЖП были желтуха у 30%, холангит — у 27%, жёлчный перитонит — у 21%, наружный жёлчный свищ — у 12%, подпечёночный абсцесс — у 10%. Инструментальная диагностика ЯПЖП проводилась с помощью рентгенконтрастных методик (интраоперационной, чрескожно-чреспеченочной холангиографии, чрездренажной фистулографии), УЗИ, эндоскопической ретроградной или магнитно—резонансной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ, МРХПГ).

Повреждения были распределены согласно международной классификации «ATOM» (EAES, Италия, 2013) на 6 групп в зависимости от объёма повреждения внепеченочных жёлчных протоков (ВЖП): 1) полное пересечение основного жёлчного протока (ОЖП), выявленное интраоперационно – у 5; 2) краевое повреждение ОЖП, выявленное интраоперационно – у 6; 3) повреждение неосновных жёлчных протоков (НЖП), выявленное интраоперационно – 14; 4) полное пересечение ОЖП, выявленное в раннем послеоперационном периоде – у 23; 5) краевое повреждение ОЖП, выявленное в раннем послеоперационном периоде – у 24; 6) повреждение НЖП, выявленное в раннем послеоперационном периоде – 13. Стоит отметить что выбранная нами современная классификация включает и группу «свежих» повреждений, к которым относятся ЯПЖП, выявленные интраоперационно и в послеоперационном периоде до 7 суток.

Установлено, что при интраоперационном обнаружении ЯПЖП больным 1-й группы был сформирован билиобилиарный анастомоз, пациентам 2 группы – ушивание краевого повреждения ОЖП на каркасном дренаже открытым путём, у больных 3 группы – клипирование НЖП. Послеоперационная диагностика ЯПЖП у лиц 4 группы в первые 3 суток при отсутствии местных инфекционно-воспалительных изменений в подпеченочном пространстве позволили формировать гепатикоеюноанастомоз анастомоз (ГЕА) у 8 пациентов, позже 3 суток осуществлять двухэтапные вмешательства – у 15 (первым этапом наружное дренирование, а вторым реконструктивная операция в объёме ГЕА). Всем пациентам 6 группы при релапароскопии желчеистечение остановлено клипированием НЖП.

Наибольшие трудности диагностики и лечения представили пациенты 5 группы, у которых течение послеоперационного периода характеризовалось желчеистечением по подпеченочному дренажу (238±55мл/сут). Причиной желчеистечения у 7 пациентов из 24 оказался дефект общего печеночного протока, потребовавший реконструктивного вмешательства с формированием ГЕА у 1 больного и восстановительных операций путём эндоскопического стентирования – у 4, ушивания дефекта на каркасном Т-дренаже – у 2. У остальных 17 из 24 пациентов 5 группы поиск причины желчеистечения в стационаре первичного оперативного вмешательства был недостаточным. Дренажное положение пациента способствовало уменьшению желчеистечения по подпеченочному дренажу и закрытию желчного свища на 12±4 сутки. Хорошие и удовлетвори-

тельный отдаленные результаты, прослеженные в сроки от 4 до 7 лет, отмечены у больных 2,3,4,6 групп, а так же пациентов 5 группы, которым проводилось каркасное дренирование и стентирование. Неудовлетворительные отдаленные результаты в виде формирования стриктуры холедоха были у пациентов 1 группы и у 12 из 17 больных 5 группы с желчеистечением в раннем послеоперационном периоде, которым потребовалось выполнение реконструктивного вмешательства в виде ГЕА. Летальных исходов не было.

Таким образом, при подозрении на ЯПЖП во время операции и после неё должны быть предприняты все возможные мероприятия поиска источника желчеистечения (интраоперационная холангиография, ЭРХПГ, МРХПГ, чрездренажная фистулография) для обоснования выбора рационального варианта хирургического вмешательства. При полном пересечении гепатикохоледоха, выявленном интраоперационно, при наличии специалиста обладающего опытом в гепатобилиарной хирургии, целесообразно выполнять реконструктивно-восстановительную операцию в виде формирования гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки. При тех же обстоятельствах, но в отсутствии специалиста в данной области следует выполнять наружное дренирование, как первый этап двухэтапного хирургического лечения, с последующей реконструктивной операцией. Выявление краевого повреждения ОЖП интраоперационно позволяет выполнить его ушивание на каркасном дренаже, а в раннем послеоперационном периоде осуществить его эндоскопическое стентирование. Устранение желчеистечения из НЖП достигается их клипированием или ушиванием. Предложенная хирургическая тактика при ранней диагностике ЯПЖП позволит достигнуть хороших результатов и качества жизни оперированных пациентов.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Махмадов Ф.И.¹, Кузратов Ф.Х.¹, Рафиков С.Р.²¹ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
²ТИППМК,
г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности неотложных лапароскопических холецистэктомий у больных старших возрастных групп.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе 107 пациентов с острым калькулезным холециститом (ОКХ), оперированных в отделении эндохирургии ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе за

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



период 2006-2014 гг. Распределение больных по возрастным группам проведено в соответствии с классификацией, предложенной Б.Ц. Урланис (1994). В пожилом возрасте (60-69 лет) было 79 (73,8%), в раннем старческом возрасте (70-79 лет) – 26 (24,3%), в глубоком старческом возрасте (80 лет и старше) – 2 (1,9%). Женщин было 89 (83,2%), мужчин - 18 (16,8%). Все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 76 (71,0%) пациентов, которым произведены неотложные ЛХЭ, а контрольную 31 (29,0%) которым произведены традиционные холецистэктомии, в том числе 3 больных у которых был переход на конверсию. Большинство пациентов (98,1%) госпитализированы с приступами ОКХ, зачастую с клиникой обтурации (n=76).

Следовательно, среди обследованных больных наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были гипертоническая болезнь -71 (66,3%), ишемическая болезнь сердца -61 (57,0%), сахарный диабет -29 (27,1%) и ожирение -21 (19,6%). Необходимо отметить, что часто встречалось сочетание различных сопутствующих заболеваний, что существенно повышали риск предстоящего оперативного вмешательства.

Деструктивные формы ОКХ отмечены у 41 (38,3%) больных, среди них катаральная форма у 18 (43,9%), флегмонозная – у 16 (39,0%), гангренозная – у 7 (17,1%) пациентов. Обращает внимание, что большинство больных (n=85), как в основной группе (n=69), так и в контрольной группе (n=26) поступили позже суток от начала заболевания. Важным прогностическим фактором является срок операции у больных ОКХ. Мы, как и большинство клиник придерживаемся активной тактики при хирургическом лечении больных ОКХ, особенно у больных старших возрастных групп. Чем позднее осуществляется операция при прогрессировании холецистита, тем больше обнаруживается осложнений, труднее хирургическое вмешательство, проблематичнее спасение больного.

Поэтому мы солидарный с мнением ряда авторов о том, что одним из путей снижения летальности от ОКХ является более широкое внедрение в практику ранних хирургических вмешательств. Оптимальным сроком операции должны быть первые 2 суток после госпитализации. Этого времени, как правило, вполне достаточно, чтобы провести полноценное обследование, включая консультации смежных специалистов, определить динамику течения ОКХ, наличие или отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Способ оперативного вмешательства определяли индивидуально, с учетом определенных критерий, как: тяжесть состояния пациента, анамнез, объективный статус, данных УЗИ, тяжесть сопутствующих патологий и оценка степени операционного риска. Специальный отбор пациентов для лапароскопического вмешательства не производили. Эндовидеохирургическое лечение выполняли всем пациентам с четкой клинической картиной ОКХ, которые дали информированное согласие на проведение операции

лапароскопическим методом. ЛХЭ также рекомендовали больным, у которых ОКХ возникал на фоне ожирения (19,6%) и сахарного диабета (27,1%), так как выполнение операции открытым, с чревосечением, доступом требует значительного рассечения слоев брюшной стенки и повышает вероятность гнойно-септических осложнений в области раны, особенно у больных ОКХ.

Результаты и обсуждение. Одним из результатов проведённого исследования стала выработка ряда рациональных технических приёмов, используемых нами при ЛХЭ.

Наложение пневмоперитонеума и введение троакаров на начальном этапе операции не отличались от стандартных, применяемых в плановой хирургии. При подозрении на наличие спаечного процесса в зоне введения иглы Veress и первого троакара использовали технику открытого введения первого троакара по Hasson. На следующем этапе операции определяли возможность дальнейшего лапароскопического вмешательства. В 8 (10,5%) случаях при разделении спаек и выделении шейки пузыря было заподозрено наличие синдрома Мирризи, для подтверждения которого нами была выполнена интраоперационная холангиография. Последняя проводилась по общепринятой методике, через пузырный проток (6 случаев), а при невозможности канюлирования пузырного протока путём пункции гепатикохоледоха (2 случая). Диагностическая точность данной методики в нашем исследовании составила 100%. Наличие синдрома Мирризи I типа при интраоперационной холангиографии было подтверждено во всех 8 случаях.

При синдроме Мирризи I типа нами выполнена ЛХЭ, и хотя при этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, благодаря интраоперационной холангиографии, позволившей полноценно верифицировать топографо-анатомические образования в зоне гепатодуоденальной связки, что оказалась успешной во всех случаях.

В ситуации, когда перед операцией не удавалось получить достоверной информации о состоянии жёлчных путей или при выявлении атипичных расположений жёлчного пузыря (n=3), атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока: при синдроме Мирризи (n=8), инфильтратах гепатодуоденальной зоны (n=2), внутрипечёночного расположения жёлчного пузыря (n=6) с целью дифференциальной диагностики внепечёночных жёлчных протоков проводили субоперационную холангиографию (Рац. предложение №3275-Р-491 ТГМУ им. Абуали ибн Сино), которая позволяла избежать тяжёлых суб- и послеоперационных осложнений.

Показаниями к этой процедуре, кроме расширения общего жёлчного протока (ОЖП), мы считали неясную топографию в области шейки жёлчного пузыря, что бывает, как правило, из-за выраженных воспалительных и инфильтративных изменений. Для выполнения исследования ориентировочно ближе к гартмановскому карману пузырный проток клипировали, ниже клипсы рассекали проток микроножницами настолько, чтобы в отверстие проходил



холангиографический катетер. Последний предварительно проводили через зажим Olsen. После введения катетера в просечённое отверстие бранши зажима накладывали на пузырный проток и фиксировали, предотвращая подтекание контрастного вещества в брюшную полость. Получив информацию о состоянии жёлчного дерева, приступали к следующему этапу операции. Пузырный проток перекрывали двумя клипсами в проксимальной части и пересекали ножницами. В случаях, когда диаметр протока превышал длину стандартной клипсы (n=2), его перевязывали рассасывающимся шовным материалом с завязыванием экстракорпорального (n=1) либо интракорпорального узла (n=1).

В случаях выявления атипичных расположений желчного пузыря, атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока (длинная культя пузырного протока, перегиб пузырного протока) провели предложенный нами способ профилактики ятрогенных повреждений (Рац. предложение №3273-Р-489 ТГМУ им. Абуали ибн Сино). Он заключается в проведении турникета на гепатодуоденальную связку, которая позволяет произвести тщательную мобилизацию структур шейки жёлчного пузыря с идентификацией стенки ОЖП, места впадения пузырного протока и пузырной артерии в пузырь и тем самым избежать ятрогенных повреждений гепатикохоледоха. Данный способ позволил нам провести любые манипуляции при полной визуализации рабочих концов инструмента и анатомических структур, что, несомненно, являлось профилактикой ятрогенного повреждения и перевязки холедоха.

Сводные данные сравнительной эффективности лапароскопической и традиционной холецистэктомии (ТХЭ) при остром холецистите приведены в табл. 1.

Таблица 1 Сравнительная эффективность лапароскопической и традиционной холецистэктомии

Показатель	ЛХЭ	ЕХТ
Продолжительность операции, мин.	69,1±15,9	73,7±13,3
Общие койко-дни	10,1±1,9	15,4±3,6
Послеоперационные койко-дни	4,9±1,1	11,1±1,9
Сроки активизации больных, ч.	8,1±1,9	26,8±2,2
Субоперационные осложнения	10,5	20,6
Послеоперационная летальность	1,3	3,2

Как видно из табл. 1, продолжительность лапароскопической и традиционной холецистэктомии приблизительно одинакова. Однако продолжительность операции при ЛХЭ в значительной степени зависит от момента появления деструктивных изменений и характера аномалии жёлчного пузыря и пузырного протока. Следовательно, при активной хирургической тактике, то есть при выполнении ЛХЭ в срочном порядке, возможно значительное уменьшение продолжительности операции.

Субоперационные осложнения при ЛХЭ отмечены в 10,5% случаев, в виде кровотечения из ложа желчного пузыря (n=5) и подтекание желчи по контрольному дренажу (n=3) напротив 20,6% при ТХЭ. В послеоперационном периоде после ЛХЭ умер один пациент от тромбоэмболии легочной артерии.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 5 (6,5%) больных, в том числе желчеистечение - у 3 (3,9%), нагноения троакарных ран у 2 (2,6%). Из 79 пациентов, которым выполнялась ЛХЭ, переход на конверсию осуществлен у 3 (3,9%), и эти пациенты были включены в контрольную группу. Причинами конверсии явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки в 2 (2,6%) случаях, кровотечение - в 1 (1,3%).

Анализ непосредственных результатов ЛХЭ у пациентов старших возрастных групп (n=76) по сравнению с традиционной холецистэктомией (n=31) той же возрастной группы показало, что неотложная ЛХЭ обеспечивает статистически значимое сокращение времени хирургического вмешательства, уменьшение числа послеоперационных осложнений (в 1,5 раза) и значительное снижение послеоперационной летальности (в 5 раз) по сравнению с аналогичными показателями при применении традиционной холецистэктомии. Малая инвазивность операции, в частности минимальная травматизация брюшной стенки и органов брюшной полости, способствует более быстрой активизации и послеоперационной реабилитации больных, сопровождающейся сокращением периода пребывания их в стационаре в 2 раза.

Выводы. ЛХЭ при ОКХ у больных старших возрастных групп является выполнимым и относительно безопасным вмешательством. В ряде случаев у больных с так называемым «трудным» желчным пузырем целесообразно прибегать к нестандартным методам ЛХЭ.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА НЕСТАНДАРТНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Махмадов Ф.И.¹, Кузратов Ф.Х.¹, Рафиков С.Р.²¹ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

²ТИППМК,
г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Определить показания к нестандартной лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у больных старших возрастных групп.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 79 больных ОКХ, которые были оперированы в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, на базе ГКБ СМП в период с 2006 по 2014 г. Возраст больных варьировал от 60 до 83 лет. В соответствии с классификацией, предложенной Б.Ц. Урланис (1994) пациентов пожилого возраста было 58 (73,4%), раннего старческого возраста – 19 (24,1%), глубокого старческого возраста – 2 (2,5%). Женщин было 63 (79,8%), мужчин - 16 (20,2%).

С учетом общего статуса, наличие сопутствующих патологий и патоморфологических изменений желчного пузыря (табл. 1) 38 (48,1%) пациентам выполнена стандартная ЛХЭ, 26 (32,9%) - ЛХЭ от дна и 12 (15,2%) субтотальная ЛХЭ. В 3 (3,8%) наблюдениях осуществлен переход на конверсию.

При ОКХ зачастую встречаются значительные сложности при выделении желчного пузыря из-за сращений с сальником, ободочной и 12-перстной кишки (n=14). Нередко наличие выраженного воспалительно-инфильтративного перипроцесса делает этот этап операции очень трудоемким.

Частично интрапаренхиматозно расположенный пузырь был выявлен в 10 (12,6%) случаев, полностью интрапаренхиматозное расположение имело место в 6 (7,6%) случаях. При этом в 11 (13,9%) наблюдениях произведено стандартная ЛХЭ (n=7) и ЛХЭ от дна (n=4). А в остальных 5 (6,3%) случаев из-за технических сложностей выполняли разработанный вариант лапароскопической модификации операции Прибрама (Рац. предложение ТГМУ им. Абуали ибни Сино №3350/R565 от 28.10.13), что заключалось в следующем: После создания пневмоперитонеума и ревизии органов брюшной полости при помощи диссектора, введенного через эпигастральный 10,0 мм троакар, механическим путем разделяются «рыхлые» сращения желчного пузыря. Более плотные сращения разделяются эндокрючком с монополярной электрокоагуляцией в режиме «резания», желательно «на протяжении» подальше от полых органов и как можно ближе к стенке пузыря. Мобилизация желчного пузыря начинается с рассечения брюшины эндокрючком по медиальной переходной складке на уровне средней трети. Далее разрез U-образный продолжаем над карманом Гартмана с переходом на латеральную стенку. Тщательно осматриваем область гартмановского кармана, чтобы убедиться в том, что желчный пузырь полностью выделен из инфильтрата. Тупо, при помощи диссектора или «пяточки» эндокрючка рассеченную брюшину шейки пузыря вместе с подлежащей жировой клетчаткой смещаем проксимально, по направлению к гепатодуоденальной связке, формируя так называемую «хобот слона».

Если инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря не позволяют с уверенностью идентифицировать анатомические структуры, то рассекаем брюшину вверх по боковым поверхностям, соединяя их в области дна. Далее путем тупой и острой диссекции желчный пузырь выделяем до появления анатомических структур. Если и этот прием не позволяет с уверенностью идентифицировать анатомические структуры, целесообразно применять следующий прием: желчный пузырь отделять от печени до недифференцируемого участка, отсекать его по периметру, помещать в контейнер, затем проводить электрокоагуляцию слизистой оставшейся части желчного пузыря, т.е. выполнить лапароскопический вариант операции Прибрама. Если соединительнотканная прослойка между желчным пузырем и ложем печени не дифференцируется и делают сомнительной возможность его субсерозного выделения, особенно на фоне цирротического изменения печени, также рекомендуется выполнение лапароскопического варианта операции Прибрама.

При этом положительными сторонами предложенного способа являются: безопасность, профилактика суб- и послеоперационных осложнений, а также предотвращение конверсии; метод позволяет произвести патогенетически обоснованную малотравматичную операцию, сокращая время операции.

Поэтому все случаи, когда не производили анатомически целостное удаление желчного пузыря и оставляли в брюшной полости какую-либо его часть, считали субтотальной холецистэктомией (n=12). Такой способ ЛХЭ является одним из методов профилактики тяжелых осложнений и позволяет снизить частоту конверсии на открытую операцию.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях этап выделения желчного пузыря осуществлялся в непосредственной близости от его стенки, так как, при наличии инфильтрации стенок не всегда возможно осуществить полноценную тракцию, и нередко повреждается стенка желчного пузыря, что ведет и излитию желчи в подпеченочное пространство. В наших наблюдениях это имело место у 11 (13,9%) пациентов.

В послеоперационном периоде желчеистечение из ложа желчного пузыря (50-100 мл) имело место у 4 (5,0%) больных, которое прекратилось самостоятельно на 2-3 сутки.

В 3 (3,8%) наблюдениях при разделении спаек и выделении шейки пузыря было заподозрено наличие синдрома Мирризи, для подтверждения которого нами была выполнена интраоперационная холангиография. Последняя проводилась по общепринятой методике, через пузырный проток (2 случая), а при невозможности канюлирования пузырного протока путем пункции гепатикохоледоха (1 случай), диагностическая точность которой составила 100%.

Наличие синдрома Мирризи I типа при интраоперационной холангиографии было подтверждено во всех 3 случаях. При синдроме Мирризи I типа нами выполнена ЛХЭ, и хотя при этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, благодаря интраоперационной холангиографии, позволившей полноценно верифицировать топографо-анатомические образования в зоне гепатодуоденальной связки она оказалась успешной во всех 3 случаях. Ввиду плохой дифференцировки области шейки желчного пузыря и риска ятрогенного повреждения 1 пациенту из этой группы произведено ЛХЭ от дна.



Случаев повреждения структур ворот печени среди лапароскопически оперированных нами больных не было, чему способствовало скрупулезное и тщательное выполнение ЛХЭ с учетом анатомических изменений.

Впослеоперационном периоде всем больным проводилась антибактериальная, детоксикационная, корригирующая и симптоматическая терапия.

Развитие послеоперационных осложнений отмечено в 6 (7.6%) случаях, что проявилось нагноением троакарных ран (n=1), желчеистечением гипостатической пневмонии развитием (n=3).Максимально ранняя активизация пациентов способствовала уменьшению количества послеоперационных осложнений со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем, что специфично больным старших возрастных групп, а также раннему восстановлению перистальтики кишечника.

На основании изучения данных литературы и изучения клинического материала мы считаем, что у пациентов старших возрастных групп субтотальную ЛХЭ следует проводить в следующих случаях: а) у больных с ОКХ, если давность воспалительного процесса превышает 4-5 суток, а толщина шейки желчного пузыря по УЗ-данным более 5 мм; б) у больных с рубцово-измененным, так называемым сморщенным пузырем или формирующимся синдромом Мириззи типа - І, если имелись выраженные фиброзные и рубцово-воспалительные изменения в области треугольника Кало, затрудняющие идентификацию сосудисто-секреторных элементов; в) у больных ОКХ на фоне цирроза печени и портальной гипертензии, так как существует опасность кровотечения из расширенных венозных сплетений в области ложа желчного пузыря.

Среди 79 пациентов, оперированных дапароскопическим методом, у 3 (3,8%) осуществлен переход на конверсию. Причинами конверсии явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки в 2 (2,5%) случаях, кровотечение - в 1 (1,2%). По данным литературы [1,3,6,7], частота перехода на открытый метод лечения при деструктивном холецистите варьирует в пределах 9,6-44,9%. Была проведена сравнительная оценка различных видов ЛХЭ при ОКХ. При этом изучали следующие параметры: продолжительность хирургического вмешательства, степень интраоперационной кровопотери, частота конверсии на открытый доступ, количество осложнений и средний период пребывания больных в стационаре. Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1 различных Сравнительная характеристика результатов видов лапароскопической холецистэктомии

Параметры	Стандартная ЛХЭ (n=38)	ЛХЭ от дна (n=26)	Субтотальная ЛХЭ (n=12)
Продолжительность операции, мин	59,3±2,9	67,9±4,6*	71,8±3,4*

Степень интраоперационной кровопотери, мл	46,9±2,1	71,8±2,1*	83,8±3,2*
Частота конверсии на открытый доступ, %	5,2	3,8	-
Количество осложнений, %	10,5	11,5	16,6
Средний период пребывания в стационаре, дни	5,6±0,4	6,3±0,3**	7,0±0,2*

Сравнительный анализ различных видов ЛХЭ при ОКХ показал, что нестандартные виды эндохирургического вмешательства и особенно субтотальная ЛХЭ у больных с осложненным воспалением желчного пузыря технически более сложны и продолжительны по времени, сопровождаются большей интраоперационной кровопотерей ($83.8\pm3.2*$) и осложнений (16.6%), отличаются более длительным пребыванием больного на койке, чем стандартная ЛХЭ.

Однако применявшиеся нестандартные виды эндохирургических вмешательств, в частности по разработанной методики, у лиц старших возрастных групп, на фоне тяжелых сопутствующих патологий, позволяют обеспечить высокую точность хирургического вмешательства и в сложных топографоанатомических условиях предупредить возможные угрожающие жизни осложнения.

Заключение. Сравнительный анализ эффективности различных видов ЛХЭ при ОКХ у лиц старших возрастных групп показывает, что применявшиеся нестандартные видылапароскопических вмешательств, такиекак холецистэктомия от дна и субтотальная холецистэктомия позволяют обеспечить высокую точность хирургического вмешательства и в сложных топографоанатомических условиях предупредить возможные угрожающие жизни осложнения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мехтиханов З.С.

ХМАПО,

Военно-медицинский клинический центр Северного региона, г. Харьков, Украина

Актуальность. Современная лапароскопическая хирургия является одним из крупнейших достижений медицины последних десятилетий.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



После проведения первой лапароскопической холецистэктомии в 1987 г. во Франции Р. Моиггет этот метод приобрел не только всемирную популярность, но и статус «операции выбора» в лечении больных с калькулезным холециститом (1,4). Общепринятой методикой рассечения тканей и гемостаза при лапароскопической холецистэктомии является применение высокочастотных электрохирургических технологий, которые наряду с бесспорными достоинствами имеют и ряд нежелательных побочных эффектов. К отрицательным моментам электрокоагуляционного гемостаза можно отнести глубокое, порою неконтролируемое проникновение в ткани коагуляционной волны, которое вызывает некрозы печеночной паренхимы и формирование коагуляционного струпа, являющего субстратом для инфицирования и вторичного кровотечения (2,3). Эти нежелательные эффекты играют немаловажную роль в развитии послеоперационных осложнений.

Цель исследования - изучить возможности нового метода дополнительного гемостаза ложа желчного пузыря путем аппликации пластины «Surgicel fibrillar» при лапароскопической холецистэктомии, осложненном паренхиматозным кровотечением из ложа желчного пузыря средней степени интенсивности.

Материал и методы. Для адекватного интраоперационного гемостаза при кровотечениях пузырного ложа в ходе плановых лапароскопических холецистэктомиях по поводу хронического калькулезного холецистита применена аппликационная гемостатическая пластина «Surgicel fibrillar» — 1-я группа (п=25, средний возраст 52,4 года, женщин - 84%). В качестве контрольной группы (2-я группа) была принята сопоставимая по возрасту, полу, патологии, срокам и давности заболевания когорта больных (п=27, средний возраст 53,6 года, женщин — 85,2%). В ходе лапароскопической холецистэктомии для остановки паренхиматозного кровотечения в группе сравнения применялись стандартные методы электрокоагуляционного гемостаза.

Целесообразность и эффективность аппликационного гемостаза пластины «Surgicel fibrillar» определялась по следующим критериям: интраоперационной длительности гемостаза, срокам дренирования подпеченочного пространства, динамике лабораторных показателей, течению послеоперационного периода и влиянию способа гемостаза на качество жизни оперированных пациентов посредством визуально-аналогового шкалы (BAIII).

Результаты и их обсуждение. Интраоперационный гемостаз в 1-й группе составил $58,5\pm0,59$ с, во 2-й — $95,63\pm0,39$ с (p<0,05). У 2 пациентов второй группы отмечена несостоятельность интраоперационного гемостаза, что потребовало перехода на минилапаротомию, ушивания ложа желчного пузыря и, соответственно, удлинению продолжительности оперативного вмешательства.

В 1-й группе при применении пластин «Surgicel fibrillar» течение послеоперационного периода отличалось гладкостью, что характеризовалось

отсутствием осложнений. Во 2-ой группе в одном случае развилось рецидивное кровотечение из ложа желчного пузыря, что потребовало лапаротомии через 14 ч после первичного оперативного вмешательства.

Показатели печеночного цитолиза к концу 2-х суток были достоверно ниже в первой группе чем во второй (ACT $61,07\pm0,39$ и $72,58\pm0,18$ Е/л, АЛТ $65,34\pm0,43$ и $81,96\pm0,76$ Е/л; p<0,05). Отмеченная динамика сохранялась к 5-м (ACT $45,46\pm0,21$ и $55,89\pm0,22$ Е/л, АЛТ $44,18\pm1,24$ и $55,81\pm0,81$ Е/л; p<0,05) и 7-м суткам послеоперационного периода (ACT $30,38\pm0,16$ Е/л и $42,71\pm0,17$ Е/л, АЛТ $34,75\pm0,28$ и $43,63\pm0,35$ Е/л; p<0,05).

Длительность нахождения дренажей в брюшной полости также достоверно отличалась: 1-я группа — 1,53+0,19 сут, 2-я — 2,31+0,22 сут (p<0,05), что характеризовалось более ранней активизацией пациентов и улучшением показателей качества жизни в первой группе применения пластины «Surgicel fibrillar». Расхождение утилитарных показателей ВАШ отмечалось с 1-х суток послеоперационного периода, достоверность различий определялась к 3-м суткам наблюдения (p<0,05) и сохранялась с конечной дельтой в 0,14 балла на момент окончания стационарного лечения.

Сроки послеоперационного пребывания в клинике были также достоверно ниже в первой группе чем во второй (p<0,05), составляя 8,19+0,24 и 10,78+0,27 суток соответственно.

Заключение. Мы получили клиническое подтверждение перспективности интраоперационного применения аппликационного покрытия немедленного действия «Surgicel fibrillar» в ходе лапароскопической холецистэктомии, осложненном паренхиматозным кровотечением, что позволяют расширить арсенал гемостатических средств хирурга, снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде, сократить продолжительность госпитализации и улучшить непосредственное качество жизни пациента.

Литература:

- 1. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций// Эндоскопическая хирургия. 2007.- №2 С.3-7
- 2. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию // А.В.Малоштан, В.В.Бойко, А.Н.Тищенко, И.А.Криворучко Харьков; СИМ 2005. 347 с.
- 3. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.Н. Уроки лапароскопической холецистэктомии// Клінічна хірургія. - 2001.-№10.-С.6-9.
- 4. Стебунов С.С., Лызиков А.Н., Занько С.Н., Лызиков А.А. Безопасная техника в лапароскопии. Минск; 2000.- 245 с.

ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ СПАЕК ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Мехтиханов З.С. XMAПО, г. Харьков, Украина

Статья посвящена оценке эффективности применения раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» в качестве сред-ства профилактики абдоминальных спаек после лапароскопических операций. Проспективное исследование проводилось в двух группах. Применение раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» уменьшило образование абдоминальных спаек после лапароскопических операций на 22,9%.

Ключевые слова: абдоминальные спайки, лапароскопические операции, профилактика

Из-за хронических болей в животе послеоперационная спаечная болезнь ухудшает качество жизни миллионов людей во всем мире, а также затрудняет в последующем выполнение необходимых оперативных вмешательств, приводит к непроходимости кишечника и женскому бесплодию [1,3,6].

По данным зарубежных исследователей спайки после операции служат наиболее частой причиной непроходимости толстой и тонкой кишки, на их долю приходится от 30 до 50 % всех случаев непроходимости кишечника [6]. Следствием спаечной непроходимости кишечника является, примерно, 1% от всех госпитализированных в хирургические стационары больных и 3% выполненных лапаротомий [2,7]. Послеоперационные спайки в 15-20% случаев являются причиной женского бесплодия и основным морфологическим субстратом при синдроме хронических тазовых болей у женщин [8].

Частота образования внутрибрюшных спаек по данным разных авторов составляет от 67 до 93 % после открытых абдоминальных хирургических операций и достигает почти 97% после гинекологических операций. Так, в США каждый год выполняется более 440 000 операций абдоминального и тазового адгезиолизиса, приводящие к затратам на лечение более 1,2 млр. долларов, и создающие дополнительные риски для здоровья пациентов [8]. Отсюда, очевидна, настоятельная потребность в снижении частоты развития послеоперационных спаек.

Основные принципы профилактики спаечной болезни включают применение прецизионной хирургической техники с минимальной травмой внутрибрюшных органов и использование вспомогательных средств, которые

подразделяются на два типа: препараты, нарушающие спайко-образующий воспалительный процесс, и препараты, разделяющие серозные поверхности на время ранней стадии их заживления [6,7]. Лапароско-пический метод выполнения операций, наряду с традиционными методами предупреждения образования спаек, открывает новые возможности для профилактики спаечной болезни.

Цель работы – профилактика образования спаек после лапароскопических хирургических и гинекологических операций

Материал и методы. В исследование были включены 58 пациентов в возрасте от 19 до 46 лет, находившихся на лечение в ВКМЦ с января 2004 по апрель 2009 года. Лапароскопическая операция была первым в их жизни выполненным оперативным вмешательством. Мужчин было 11, женщин 47.

Все пациенты были разделены на две клинические группы, сопоставимые по полу, возрасту, форме патологии и типу выполненных операций. В первую группу вошли 35 пациентов, перенесших плановое лапароскопическое вмешательство по поводу хронического аппендицита в 7 случаях, кист придатков матки — в 12 и трубно-перитонеального бесплодия — в 16 случаях.

Вторую группу составили 23 пациента, которым после завершения плановой лапароскопической операции для профилактики спайко-образования применялся препарат - раствор «Рефортана» с антибак-териальным препаратом «Мератин». Препарат применялся следующим образом: в конце операции устанавливали дренаж в полости малого таза и ушивали все троакарные доступы. Через дренаж вводили 1500 мл препарата (раствор 1400 мл «Рефортана» и 100 мл антибактериального препарата «Мератин»). Дренаж открывали в послеоперационной палате и удаляли через 24 часа после операции.

Среди пациентов второй группы 11 - были оперированы поводу трубно-перитонеального бесплодия, 8 - кист придатков матки, трое - по поводу хронического аппендицита и одна пациентка - по поводу трубной беременности.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование с целью диагностики формирования спаек. У общехирургических больных при ультразвуковом исследование определяли положительный семиотический критерий наличия спаек, описанный В.Sigel и соавт. [4], - продольная амплитуда скольжения абдоминальных органов менее 1 см. Скольжение внутренностей определяли как продольное расстояние, которое проходят петли кишечника или сальник между грани-цами передней брюшной стенки и аортокавального комплекса при нормаль-ном и форсированном цикле вдох-выдох, а также при мануальной компресс-сии брюшной стенки.

У гинекологических больных при трансвагинальном ультразвуковом исследовании наличие одного из следующих признаков:

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



«края» - размывание границ яичников, определяемое как отсутствие четкого контура яичника на протяжении более ³/₄ его протяженности;

«фиксация» - связь яичника с маткой, которая сохранялась при пальпации живота;

«расстояния» - увеличение расстояния от яичника до датчика более 11 мм, которое сохраняется при пальпации живота [5]; - расценивали как показатель вероятности тазовых спаек.

Оценку спаечного процесса мы выполняли и при первичной лапароскопии по балльной системе AFS (American Fertillity Society) [8]. Вторичное спайкообразование оценивали при релапароскопии также по бальной системе AFS.

Результаты и обсуждение. По данным ультразвукового исследования клинически значимый объем раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» сохранялся в брюшной полости более четырех суток после удаления дренажа в течение 24 часов после операции и медленно уменьшался к 7-9 суткам.

Послеоперационные осложнения отсутствовали в обеих группах и, таким образом, применение раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» не потенцировало развитие послеоперационной внутрибрюшной и раневой инфекции и не влияло на местный гемостаз.

Оценку динамики формирования спаек у всех пациентов обеих групп мы проводили при ультразвуковом исследовании. Однако такая оценка при несомненном достоинстве отсутствия инвазии не позволяет определить распространенность спаечного процесса по отделам брюшной полости и макроскопический характер спаек. Более детальную оценку этих показателей мы смогли провести у 28 из 35 (80%) пациентов первой и 18 из 23 (78%) пациентов второй групп, подвергшихся повторному эндоскопическому осмотру. Таким образом, мы провели две оценки формирования спаек: по данным ультразвукового исследования у всех пациентов и отдельно у пациентов, которым была выполнена повторная лапароскопия через 6-18 месяцев после первичной операции.

По данным абдоминального ультразвукового исследования подпаивание петель тонкой кишки и сальника к париетальной брюшине было отмечено у 5 из 35(14,3%) пациентов первой группы и у одной из 23 (4,3%) пациентов второй группы (p<0,05). Трансвагинальное ультразвуковое иссле-дование позволило установить параовариальные спайки и фиксацию яичника у 11 из 35(31,4%) пациентов первой и у 5 из 23(21,7%) пациентов второй групп (р<0,05). Однако эти данные следует признать ориентировочными. Поэтому мы подвергли более детальной оценке пациентов, оперированных два раза.

По данным шкалы AFS, тяжесть и распространенность спаечного процесса в малом тазу у 28 пациентов первой группы уменьшилась с 9,2 балла при первой операции до 7.4 балла во время второй операции, в то же время у 18 пациентов второй группы - с 9.0 балла при первой - до 5.9 балла (p<0.05)во время второй операции.

Сравнительная оценка данных, полученных при ультразвуковом исследовании и повторном эндоскопическом осмотре, у пациентов первой и второй групп свидетельствуют, что уровень спайкообразования во второй группе после применения раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» уменьшается примерно на 22,9% (p<0,05).

В нашей работе получены убедительные данные относительно недостаточной эффективности лапароскопического адгезиолизиса для профилактики вторичного спайкообразования. Лапароскопический метод, несмотря на минимальный контакт инородных предметов с брюшиной, имеет свои собственные факторы повреждения мезотелия: длительная микротравма за счет растяжения, сдавления микроциркулярного русла, высушивания и охлаждения средой для создания пневмоперитонеума. Поэтому при лапароскопических операциях, направленных на адгезиолизис, требуются специальные средства профилактики развития спаечного процесса.

В качестве специфических средств профилактики спайкообразования могут использоваться пленки и другие местные средства, в основном, производные политетрафторэтилена, гиалуродоной кислоты, целлюлозы, полиэтиленгликоля и лишенные антигенных свойств коллагена. Некоторые из них эффективны, но сложная технология применения, дороговизна при наложении на большие и множественные дефекты, а также трудность достижения конгруэнтности со сложными париетальными и висцеральными поверхностями брюшины существенно ограничивают их широкое внедрение в практическую хирургию.

Мы исследовали гораздо более дешевый препарат — изотонический коллоидный раствор «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин». Несмотря на то, что раствор задерживается в брюшной полости более четырех суток, его ограниченную эффективность можно объяснить неравномерным распределением постепенно уменьшающегося объема раствора.

Выводы:

Применение раствора «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» после лапароскопических операций приводит к уменьшению спайкообразования на 22,9%.

Раствор «Рефортана» с антибактериальным препаратом «Мератин» рекомендуется к широкому клиническому применению в лапароскопической хирургии и гинекологии, как средство профилактики образования послеоперационных спаек.

Литература:

- 1. Грищенко В.И., Козуб Н.И. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия // Харків-«Основа» 1998.- 215с.
- 2. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии // Москва «ГЕОТАР-МЕД»- 2004.-133с.
- 3. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии // Москва «МедпрактикаМ» 2005. 168с.
- 4. Ультразвуковая диагностика в хирургии // под ред. Дж.К. Харнесса и Д.Б. Вишера, перевод с англ. С.А.Панфилова //Москва «БИНОМ»-2007.-597с.
- 5. Хачкарузов С.Г. УЗИвгинекологии// С.-Петербург-» Медпрактика М».-1999.- 655 с.
- 6. Menzies D., Ellis H. Intestsnal obstructson from adhesions: How big is the problem? // Ann. R. Coll. Surg. Engl. -1990.- Vol.72. -P.60-63.
- 7. Zerega G.S. Contemporary adhesion prevention //Fertil. Steril.-1994.-Vol.11.-P. 219-235.
- 8. Trew G. Consensus in adhesion management// Obstet. Gynaec.- 2004.- N.6.-P.122-132.

ЭДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ В СТЕНАХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Минаев С.В., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Анисимов И.Н.

СтГМУ, КДКБ,

г. Ставрополь

Цель исследования. Использование эндохирургии при лечении эхинококкоза печени с кистами больших размеров у детей.

Материал и методы. На кафедре детской хирургии с курсом ПДО ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополя в отделении детской хирургии № 1 проходили лечение 6 пациента с кистами больших размеров и 2 пациента с множественным эхинококкоз. Эхинококкоз печени выявлялся, как случайной находкой при обращении ребенка к педиатру с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту и т.д. При обращении ребенка в стационар проводилось общеклиническое

обследование со сбором анамнеза (в том числе эпидемиологического), лабораторные и инструментальные методы исследования.

Клиническое обследование проводили с учетом выявления контакта с домашними животными и сроками появления симптомов. Всем детям при поступлении и выписке из стационара проводились общеклинические анализы крови и биохимические показатели крови.

Проводилось ультразвуковое исследование с допплерографией органов брюшной полости. аппаратами GEPro seriesLOGIQ 500 и SonoAcePICO датчиком 7,5 МГц (УЗДГ). Оценивали следующие ультразвуковые параметры: наличие паразитарной кисты, размер и эхоструктуру кисты. Для интерпретации сонографических данных в работе применяли классификацию типов кист по Н.А. Ghardi с соавт (1981). Объем визуализированных кист составлял от 200 до 450,3см³. Всем пациентам для уточнения диагноза, после проведенного ультразвукового исследования и дифференциальной диагностики, потребовалось дополнительное обследование, в частности, рентгеновская компьютерная томография

Всем пациентам нами была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия печени.

Ход оперативного вмешательства.

Постановка первого троакара 5 мм производилась области пупка для видеокамеры. Второй 5 мм троокар над областью кисты. Третий троакар 12 мм (XL Jonson&Jonson) по левому флангу живота. Четвертый троакар устонавливался по правому флангу передней брюшной стенки только в случае множественного эхинококкоза.

При визуализации кисты производили пункцию эндоскопической иглой через порт аспирация эхинококковой жидкости, с последующей обраюоткой 1% растворам формалина, Вскрытие фиброзной оболочки со стенкой печени с помащью ультразвукового скальпеля «Гармоник» и биполярной коагуляции Ensil.

Ликвидацию остаточной полости осуществляли методом оментопластики. В детской хирургической практике оментопластика, по нашему мнению, является методом выбора при ликвидации остаточной полости в печени. Преимущество этого метода в том, что сальник выполняет дренажную функцию при скоплении экссудата.

Результат и обсуждение. Интра- и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось. В послеоперационном периоде при ультразвуковом исследовании в паренхиме печени визуализировали постэхинококковую полость, с прядью сальника. Ранний послеоперационный период протекал значительно легче, чем при выполнении традиционной эхинококкэктомии.

В качестве пред- и послеоперационной химиотерапии использовали препарат «немазол» в дозе 6-15мг/кг/сут: предоперационная подготовка составляла 14 суток и послеоперационная химиотерапия - 28 суток.

Выводы. Таким образом, лапароскопичсекая эхинококкоэктомия является безопасным и эффективным методом хирургического лечения эхинококкоза печени у детей

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Михин И.В., Доронин М.Б., Косивцов О.А., Абрамян Е.И. ВолгГМУ, г. Волгоград

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), путем применения минилапароскопической технологии.

Материалы и методы: в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ выполнено 150 лапароскопических холецистэктомий традиционным способом (ТЛХЭ) и 45 комбинированных минилапароскопических холецистэктомий (КМЛХЭ).

При хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) ТЛХЭ выполнили у 79 (52,7%), при остром калькулезном холецистите (ОКХ) – у 49 (32,7%), при остром обтурационном калькулезном холецистите (ООКХ) – у 22 (14,6%) пациентов.

Успешно ТЛХЭ завершили у 142 (94,7%) больных (контрольная группа А). В подгруппу А1 вошли 137 пациентов. Из них с ХКХ – 74 (54,0%), ОКХ – 41 (30,0%), ООКХ – 22 (16,0%) наблюдения. Подгруппу А2 составили 5 пациентов с ХКХ, которым были выполнены сочетанные с ТЛХЭ операции. Осложнения возникли у 8 (5,3%) из 150 пациентов, потребовавшие конверсии в лапаротомию.

Попытку КМЛХЭ с применением инструментов компаний «Karl Storz» и «GIMMI» выполнили 45 пациентам: 28 (62,2%) - по поводу ХКХ, 17 (37,8%) больных — по поводу ОКХ. Изучив опыт ведущих клиник по применению современных лапароскопических технологий, мы решили, что выполнение операций при деструктивных формах калькулезного холецистита по технологии КМЛХЭ из-за конструктивных особенностей инструментов и необходимости дренировать брюшную полость нерационально. У 3 (6,7%) из 45 пациентов возникла необходимость к переходу к ТЛХЭ. Интраоперационные и послеоперационные осложнения были отмечены в 2 (4,4%) наблюдениях, ни одно из которых не потребовало реоперации. Успешно завершили 42 (93,3%) операции (основная группа

В). У 37 (82,2%) пациентов выполнили КМЛХЭ (подгруппа В1), в 5 ситуациях (11,1%) КМЛХЭ (подгруппа В2) была сочетана: с минилапароскопическим адгезиолизисом в 4, с аллогерниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи после нижнесрединной лапаротомии в 1 наблюдении.

Применение термина «комбинированная минилапароскопическая холецистэктомия» при использовании минилапароскопического инструментария обусловлено необходимостью трансумбиликальной установки 11 мм порта для эвакуации желчного пузыря из брюшной полости, а также клипирования и пересечения пузырной артерии и протока.

Адекватное обезболивание в раннем послеоперационном периоде у пациентов всех групп было достигнуто введением средних терапевтических доз ненаркотических анальгетиков.

Выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде (через 24 часа) оценивали путем изучения интенсивности боли по трем шкалам: вербальной рейтинговой шкале (ВРШ), цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Для оценки качества жизни оперированных пациентов использовали опросник «SF-36 Health Status Survey». Пациенты анкетировались через 24 часа после операции. Все полученные в ходе опроса результаты переводились в балльную форму исчисления по формулам разработчиков.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании наименьшая продолжительность ЛХЭ выявлена при ХКХ и ОКХ в основной подгруппе В1 (КМЛХЭ). Однако статистически значимых различий (p>0,05) в продолжительности ЛХЭ не было.

Наименьшие показатели болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде (через 24 часа) получены при XKX и OKX в основной подгруппе В1 (КМЛХЭ), причем эти различия были статистически значимы (p<0,05) по сравнению с контрольной подгруппой A1 (ТЛХЭ).

Наименьшие средние сроки послеоперационного пребывания в стационаре после ЛХЭ выявлены при ХКХ и ОКХ в группе КМЛХЭ. Полученные различия результатов были статистически значимы (p<0,05).

У пациентов с ХКХ и ОКХ, перенесших ЛХЭ одним из малоинвазивных лапароскопических способов, наилучшие показатели качества жизни достигнуты в группе КМЛХЭ. Однако статистически значимыми является улучшение показателей боли при ОКХ и ХКХ, а также ролевого физического функционирования при ХКХ в исследуемых группах (p<0,05).

Осложнения ТЛХЭ возникли у 8 (5,3%) из 150 пациентов, потребовавшие конверсии в лапаротомию: у 4 (2,65%) - из-за кровотечения из а. cystica, у 4 (2,65%) - в связи с обнаруженным при интраоперационной холангиографии (ИОХГ) холедохолитиазом.

У 1 (2,2%) пациента перед КМЛХЭ во время минилапароскопического адгезиолизиса множественных плотных плоскостных и пленчатых висцеро-

париетальных спаек печени возник пневмоторакс из-за повреждения правого реберно-диафрагмального синуса, что потребовало дренирования плевральной полости по Бюлау на 3 суток. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан с выздоровлением через 7 дней. При контрольном обследовании ещё 1 (2,2%) пациента было установлено, что спустя 7 дней после КМЛХЭ, в условиях ЦРБ произошло произвольное вскрытие нагноившейся гематомы подпечёночного пространства в брюшную полость. Развившееся состояние было купировано консервативными мероприятиями.

Осложнений, завершившихся летальным исходом, в обеих исследуемых группах не было.

Выволы:

- 1. Применение технологии КМЛХЭ статистически значимо не влияет на продолжительность ЛХЭ по сравнению с ТЛХЭ (p>0,05).
- 2. Наименьшая выраженность болевого синдрома после ЛХЭ при ХКХ и ОКХ достигается у больных, оперированных по технологии КМЛХЭ (p<0,05).
- 3. Послеоперационное пребывание больных в стационаре при ХКХ и ОКХ статистически значимо снизилось после применения технологии КМЛХЭ по сравнению с ТЛХЭ (p<0,05).
- 4. Применение технологии КМЛХЭ позволяет статистически значимо снизить интенсивность боли при ОКХ и ХКХ (p<0,05), а также улучшить один из показателей качества жизни (ролевое физическое функционирование) при ХКХ по сравнению с ТЛХЭ (p<0,05).
- 5. Применение минимально инвазивных технологий в лечение пациентов, страдающих ЖКБ, обеспечивает необходимый уровень безопасности.

БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Неймарк А.Е., Соловьёва М.О., Анисимова К.А. ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Распространенность ожирения в мире ежегодно увеличивается, по данным ВОЗ за 2013 год около 600 миллионов человек страдает ожирением из них 3,4 миллиона взрослых людей ежегодно умирают в результате излишнего веса и ожирения. Кроме того, излишним весом и ожирением обусловлено 44% случаев диабета, 23% случаев ишемической болезни сердца и от 7% до 41% случаев некоторых видов рака.

При морбидном ожирении (МО) эффективность консервативной терапии составляет всего 5–10%.

Сегодня значимой альтернативой консервативному лечению является бариатрическая хирургия. Количество выполняемых бариатрических операций в мире с каждым годом неуклонно растет, за 2013 год по данным IFSO выполнено 468609 операций. В России каждый год выполняется около 3000 бариатрических операций.

Обращает на себя внимание изменение типа выполняемых операций. Популярное еще в недавнем времени бандажирование желудка, составляет теперь лишь 9% от общего числа бариатрических операций. Второй по количеству выполняемых операций является продольная резекция желудка (38%).

Применение лапароскопии значительно сокращает период послеоперационной реабилитации, а так же уменьшает количество осложнений.

Применение специализированных инструментов позволяет обеспечить безопасность выполнения бариатричских операций. Использование удлиненных инструментов, наложение пневмоперитонеума под визуальным контролем (Visiport, Endopath), применение печеночного ретрактора Natanson, наличие оборудования для ультразвуковой и электрической диссекции тканей (Harmonic, Ligasure) и т.д. Важным компонентом является понимание анатомических ориентиров и мест установки троакаров.

Прогрессивный рост количества бариатрических операций требует от общего хирурга знаний в этой области, что обеспечит безопасность пациента и своевременное оказание ему квалифицированной помощи.

Таким образом на современном этапе развития бариатрической хирургии необходимо формирование мультидисциплинарного подхода к лечению больных с ожирением, информирование хирургов об основах бариатрической хирургии, а так же организации системы наблюдения после бариатрических операций.

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Норов А.Х., Рахматуллаев Р.Р., Курбонов Д.М., Рахматуллаев А.Р., Хасанов С. МСЧ ГУП ТАЛКО, г. Турсунзаде, Таджикистан

В работе представлены результаты лапароскопической холецистэктомии 314 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом. Анализ послеоперационных результатов показал, что ранние

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



послеоперационные осложнения после лапароскопической холецистэктомии – 9,2%. Средний койко-день пребывания больного составил 5,9±1,5, что указывает на эффективность применения данной методики операции.

Ключевые слова: острый калькулёзный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, пожилой и старческий возраст

Введение. По данным ВОЗ, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет. Острый калькулезный холецистит является одной из основных проблем гериатрии и геронтологии в связи с высокой частотой ЖКБ среди этой возрастной группы людей. Острый холецистит, в экстренной хирургии, стоит на втором месте после острого аппендицита, а среди людей пожилого и старческого возраста занимает первое место. [1,2]. Актуальность проблемы острого холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения, особенно среди пациентов пожилого и старческого возраста. Преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания, делают оперативное вмешательство для этих больных часто непереносимым, а консервативная терапия далеко не всегда оказывается успешной [3,4,5].

С момента применения лапароскопической холецистэктомии, становится актуальным вопрос оценки ее эффективности в сравнении с традиционной (открытой) холецистэктомией. В оценке эффективности лапароскопической холецистэктомии наиболее существенными являются изучение ближайших и отдаленных результатов операции.

Цель исследования: изучить особенности и результаты лапароскопической холецистэктомии в лечении острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и хирургического лечения 314 больных пожилого и старческого возраста с острым калькуллёзным холециститом, оперированных с применением лапароскопической методики, за период 2001-2014 гг. в хирургическом отделении медико-санитарной части ГУП «Таджикской алюминиевой компании».

В основном, это были лица пожилого возраста -212 (67,5%) больных, лиц старческого возраста было 102 (32,5%), из них женщин -208 (66,2%), мужчин -106 (33,8%). Сроки госпитализация больных от начало приступа ОХ составили от 8 до 120 часов, при этом наиболее часто, в 159 (50,6%) случаях больные были госпитализированы через 25-72 ч, 92 (29,3%) - через 73-120 ч и всего 63 (20%) больных - в первые сутки от начала заболевания.

У большинства обследованных больных отмечались различные сопутствующие заболевания жизненно важных органов, что, в свою очередь, отягощало течение заболевания и повышало риск предстоящего оперативного

вмешательства. При этом наиболее часто отмечалась ИБС - у 44 (14%), гипертоническая болезнь - у 134 (42,7%), сахарный диабет - у 45 (14,3%) и у 201 больных отмечено сочетание ИБС с гипертонической болезнью, сахарным диабетом и кардиосклерозом.

Из анамнеза 88 (28,1%) больных были оперированы по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, при этом наиболее часто были проведены операции на органах малого таза.

При определении показаний к ЛХЭ в основном акцент делали на данные УЗ исследования, поскольку у лиц пожилого и старческого возрастов в силу атипичности клинического течения основным критерием, определяющим состояние желчного пузыря, степени деструкции стенок являются данные УЗ исследования. Давность заболевания не имела значения.

Все больные оперированы в сроки от 4 до 12 часов от момента поступления после соответствующей кратковременной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию функций жизненно важных органов, по показаниям терапия продолжалась и в послеоперационном периоде. Интраоперационно расширение холедоха более 10 мм нами отмечено у 5 пациентов, им через пузырный проток произведена холангиография. У 2 больных выявлено наличие конкрементов в холедохе и произведена лапароскопическая холедохолитотомия с помощью катетера «Фогарти». У 2 больных интраоперационно выявлен синдром Мириззи, произведена конверсия и операция завершена из минилапаротомного доступа.

Необходимо отметить, что оперативное вмешательство производили в условиях умеренного карбоксиперитонеума — 7-8 мм рт.ст. при инсуфляции углекислого газа 2-3 объема в минуту, что в свою очередь является профилактикой осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дихательной систем.

Результаты и их обсуждение. При оценке ближайших послеоперационных результатов мы учитывали продолжительность операции, потребности в назначении наркотических анальгетиков, сроки активизации больных, сроки пребывания больных в стационаре и реабилитации, а также частоту послеоперационных осложнений. Папиенты оперативное вмешательство переносили легко, в раннем послеоперационном периоде жаловались на незначительные боли в области послеоперационной раны, которые купировались ненаркотическими анальгетиками (анальгин, баралгин в инъекциях). В целом, больные после ЛХЭ в течение суток находились в реанимационном отделении. Больные, которым проведено дренирование холедоха после холедохолитотомии, в зависимости от состояния в реанимационном отделении находились в течение 2-3-х суток. Дренажные трубки удаляли на 4-ые сутки. Холедохостомическую трубку удаляли на 10-е сутки после контрольной холангиографии. У 4-х пациентов с суточным выделением желчи 350-400 мл на 3-и сутки произведена релапароскопия, причиной желчеистечения явилось соскальзывание клипсы из культи пузырного протока. Проведена санация подпеченочной области и повторное клиппирование культи пузырного протока 10 мм клипсом. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил 5.9 ± 1.5 дня. Летальных исходов не было.

Таблица 1 Ближайшие послеоперационный результаты

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде	ЛХЭ (n=314)
Жёлчеистечение	14 (4,5%)
Инфильтрат и серома послеоперационной раны	0
Нагноение раны	4 (1,3%)
Поддиафрагмальный абсцесс	3 (0,9%)
Жёлчный перитонит	2 (0,6%)
Кровотечение	6 (1,9%)
Релапароскопия	8 (2,5%)
Релапаротомия	0
Летальность	0
Осложнения (%)	9,2%

Следовательно в ближайщем послеоперационном периоде всего осложнения отмечены у 37(9,2%) больных, при этом наиболее часто отмечено желченистечение у14(4,4%) больных, релапароскопия произведено в 8 (2,5%) случаях.

В отдалённом послеоперационном периоде от 5 месяцев до 5 лет наблюдались 144 пациентов, при контрольном осмотре в проекции контраппертуры в правом подреберье (на месте дренажных трубок) у 7 (4,8%) пациентов отмечалось грыжевое выпячивание, через 3 и 5 лет после операции у 3 (2,08%) пациентов отмечено наличие периодических приступообразных болей в правом подреберье. При УЗИ выявлен резидуальный холедохолитиаз, произведено оперативной вмешательство и во всех случаях произведено холедохолитотомия с формированием супрадуоденального ХДА по Юрашу-Виноградову.

Выводы:

- 1. По данным нашего исследования всего осложнения в ближайщем послеоперационном периоде отмечены в 9,2% случаях, при этом наиболее часто наблюдалось желчеистечение в 4,5% случаях, релапароскопия произведена в 2,5% случаях;
- 2. В отдаленном послеоперационном периоде осложнение отмечено у 10 (6,9%) больных, из них у 7 (4,8%) послеоперационная грыжа в области контраппертуры и у 3 (2,8%) резидуальный холедохолитиаз;
- 3. Данные УЗИ не коррелируется с клинической картиной ОХ у лиц пожилого и старческого возраста в связи с стертостью клинического течения.

Литература

- 1. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии жёлчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев // Видар. М. 2006. 557с.
- 2. Арутюнян Ю.А. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении пациентов с деструктивным холециститом / Ю.А. Арутюнян // Эндоскопическая хирургия. Москва. 2001. -№3. -С. 27-28.
- 3. Какурин С.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: афтореф. дисс.... канд. мед. наук / С.Н. Какурин; М. 2008. 26c.
- 4. Особенности течения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / А.Х. Алиев [и др.] // Материалы IV-го съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 2005. С. 56-57
- 5. Лапароскопическая холецистэктомия— осложнения и их профилактика / Ю.И. Галлингер [и др.] // Анналы НЦХ РАМН.- 1997.— С. 14-18.
- 6. Горпинюк В.Г. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите/В.Г.Горпинюк//Материалы 3 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. –Москва, 1999. С. 85-86.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГНОЙНО-АБСЦЕДИРУЮЩИХ ВЕНТРИКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Петраки В.Л., Симерницкий Б.П., Притыко А.Г., Асадов Р.Н., Петров Ю.А., Ишутин А.А., Азамов Д.Д., Климчук О.В., Прокопьев Г.Г., Слабука Н.В.

НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, Москва

Цель исследования – улучшение результатов лечения гнойноабсцедирующих вентрикулитов у детей.

Материал и методы. Оперировано 7 детей с гнойно-абсцедирующими вентрикулитами, осложнившихся многоуровневой окклюзией ликворных путей. Большинство детей (6) оперировано в грудном возрасте, один ребенок

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



- в 1,5 года. Инфицирование ликворных пространств развилось на фоне внутрижелудочковых кровоизлияний (6 наблюдений) или в результате шунтинфекции (1 наблюдение). Клиническая картина проявлялась общемозговыми симптомами во всех случаях, гипертензионно-гидроцефальным синдромом - в 6 случаях. – менингеальными знаками - в 4 наблюдениях, заднечерепной симптоматикой - у 3 детей и очаговыми симптомами – у 2 детей. По данным НСГ, МРТ и КТ патологический процесс характеризовался следующими признаками: повышение плотности вентрикулярного содержимого и подчеркнутость эпендимы желудочков мозга; наличие в желудочках полиморфного гнойного конгломерата или горизонтального уровня между объемами ликвора различной формирование внутрижелудочковых спаек, конфигурации; кистообразование; вентрикуломегалия и разобщение или фрагментация желудочков мозга, сочетающееся, как правило, с различной плотностью их содержимого; распространенный арахноидит. Во всех случаях определялся изолированный IV желудочек.

Макроскопически ликвор был мутный, серовато-желтого цвета; его клиническом анализе цитоз достигал 30 000/3 или не подлежал подсчету, концентрация белка составляла 2-10 г/л. При посевах ликвора на стерильность флора выделена в 3 случаях (E.Coli - 1, Acinetobakter baumani - 2), в остальных наблюдениях ликвор был стерильным.

Для хирургической коррекции патологии использовали нейроэндоскопическое оборудование "Karl Storz" и руководствовались тактикой лечения многоуровневой окклюзионной гидроцефалии. Отличительными ее моментами являлись: применение в качестве инфузионной жидкости физиологического раствора + диоксидин 1,0% в соотношении 500мл/5мл соответственно; первоначально проводился лаваж тех желудочков или их отделов, в которых присутствовали воспалительные изменения или они были наиболее выраженными: удаление гнойных масс рыхлой консистенции выполнялась методом их активной аспирации, гнойные сгустки вязко-эластичной консистенции перед аспирацией фрагментировались; лаваж желудочков мозга и аспирация гноя чередовались между собой с целью профилактики выраженной гипотензии; стомы в перегородках и кистах формировались максимально широкими; желудочковая система дренировалась наружным вентрикулярным дренажем, который устанавливался одновременно во все объединенные между собой полости; последний использовался также в качестве стента после пластики отверстие Монро или водопровода мозга. Каждому больному выполнялись по 2 и более нейрохирургических вмешательства, общая продолжительность хирургического этапа лечения у них составила от 1 до 3 месяцев.

Результаты и обсуждение. У всех детей достигнута санация ликвора, подтвержденная повторными его посевами на стерильность. У 5 детей имплантированы линейные ВП-шунты, 4 из которых в виде

панвентрикулоперитонеального шунта, а в одном случае стандартный ВП-шут сочетался со стентом водопровода мозга. В 2 наблюдениях — гидроцефалия компенсирована без имплантации шунта после восстановления пассажа ликвора в субарахноидальные пространства. Летальных исходов нет. Катамнез составляет от 3 месяцев до 2 лет.

В клинической картине гнойно-абсцедирующих вентрикулитов у детей грудного возраста преобладают общемозговая симптоматика и гипертензионно-гидроцефальный синдром. Течение вентрикулитов характеризуется формированием многоуровневых окклюзий в желудочковой системе и изолированного IV желудочка, которые сочетаются с арахноидитом; в процессе лечения возможно повторное инфицирование уже санированных полостей или распространение воспалительного процесса на интактные отделы ликворной системы; стомы часто облитерируются; отмечается формирование спаек, мембран и кист не только на фоне текущего воспалительного процесса, но и после санации ликвора. Основой хирургической тактики является эндоскопический лаваж желудочков мозга с аспирацией гнойных масс в сочетании с устранением окклюзий ликворных пространств и их наружным дренированием. Хирургическое лечение проводится, как правило, в несколько этапов. Санация ликвора и устранение разобщения ликворных полостей при сопутствующей гидроцефалии позволяет применить одну линейную шунтирующую систему или компенсировать ее без имплантации шунта.

Вывод. Эндоскопический лаваж желудочков мозга с эвакуацией гнойных масс в сочетании с устранением разобщения ликворных пространств и их наружным дренированием является эффективным методом лечения гнойно-абсцедирующих вентрикулитов у детей.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Пузанов С.Ю.^{1,2}, Алишихов А.М.^{3,4}, Рутенбург Г.М.^{1,2}, Богданов Д.Ю.^{3,5} ¹ПСПбГМУ им. акад. И.П.,

 2 Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы, 3 МГМСУ им А.И. Евдокимова,

⁴ΓБ №1».

⁵Клиническая больница Центросоюза Российской Федерации, Санкт-Петербург, Москва, г. Махачкала

Точная, оперативная и минимально инвазивная диагностика любой патологии органов брюшной полости является одной из наиболее актуальных

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



и постоянно существующих задач современной хирургии. Наиболее остро данная проблема существует при травме органов брюшной полости, когда имеется необходимость не только в выборе методики диагностики, обладающей наибольшей результативностью, но и насущная необходимость выполнить её с минимальной травмой для больного, т.е. без отягощения его состояния при разнообразном характере травмы.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа результативности методики диагностической лапароскопии при травме живота.

Материал исследования: Нами были проанализированы результаты диагностики и лечения двух массивов больных с травмой живота. В первом массиве больных (57 больных - 44,5%) на этапах диагностики и лечения были использованы методики эндовидеохирургии. Во втором массиве (71 больной - 55,5%) пациенты были обследованы и пролечены без применения данной методики.

Лапароскопическая ревизия была выполнена всем 57 больным (44,5%). В 29 случаях (22,7%) данные методики были использованы при тупой травме живота, в 28 случаях (21,8%) - при ранениях брюшной стенки. У 25 больных (19,5%) не было диагностировано наличие патологии со стороны органов брюшной полости. При 32 диагностических лапароскопий (25,0%) были диагностированы повреждения внутренних брюшной полости с последующей оценкой характера, тяжести и объема повреждений и определением лечебной методики. При выполнении 5 диагностических лапароскопий (3.9%), при диагностировании массивного кровотечения в брюшную полость, распространенного перитонита при сочетанных повреждениях паренхиматозных и полых органов, мы были вынуждены осуществить переход на лапаротомный оперативный доступ для выполнения адекватного по объему оперативного вмешательства. У 27 больных (21,1%%) нам удалось при выявлении повреждений внутренних органов брюшной полости лапароскопически выполнить лечебную лапароскопическую операцию. У 15 больных (11,7%) была выполнена остановка кровотечения при ранении печени. У 5 больных (3,9%) было выполнено лапароскопическое ушивание ранений диафрагмы. У 3 больных (2,3%) была выполнена остановка кровотечения при ранении селезенки. У 2 больных (1,6%) при повреждении желчного пузыря была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 1 больного (0.8%) было выполнено лапароскопическое ушивание ранение передней стенки желудка. Также у 1 больного (0,8%) было выполнено лапароскопическое ушивание ранения стенки двенадцатиперстной кишки. При выполнении лечебных лапароскопических операций переходов на лапаротомию не было (Таблица 1).

Таблица 1 Диагностические и лечебные операции при травме живота

Вид и характер операции	І массив		II массив	
	N	%	N	%
Диагностическая – без выявления патологии	25	19,5	5	3,9
Конверсия доступа для выполнения лечебных манипуляций	5	3,9	0	0
Остановка кровотечения при ранении или разрыве печени	15	11,7	23	18,0
Ушивание ранения диафрагмы	5	3,9	7	5,5
Остановка кровотечения или спленэктомия при ранении селезенки	3	2,3	14	10,9
Холецистэктомия при повреждении желчного пузыря	2	1,6	0	0
Ушивание ранения или разрыва желудка	1	0,8	2	1,6
Ушивание ранения двенадцатиперстной или тонкой кишки	1	0,8	6	4,7
Выведение стомы при ранении или травматическом разрыве толстой кишки	0	0	14	10,9
ВСЕГО:	57	44,5	71	55,5

Без применения эндовидеохирургических технологий было обследовано и пролечено 12 больных (9,4%) с клинической картиной тупой травмы живота и 59 больных (46,1%) с ранениями брюшной стенки и живота. У 5 больных (3,9%) при сомнительной клинической картине была выполнена диагностическая лапаротомия. У 7 больных (5,5%) было выполнено ушивание ранения или разрыва диафрагмы. По поводу внутрибрюшного кровотечения была выполнена лапаротомия с последующим ушиванием ранений и разрывов печени — у 23 больных (18,0%) и ушиванием разрыва капсулы селезенки или выполнением спленэктомии — 14 больных (10,9%). У 2 (1,6%) — ушивание ранения или травматического разрыва желудка, а у 6 (4,7%) — ушивание ранения тонкой кишки. В 14 случаях (10,9%) мы были вынуждены стомировать больных при ранении или травматическом разрыве толстой кишки

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Результаты исследования: Для определения диагностической ценности и эффективности лапароскопии при диагностике травмы живота нами были определены чувствительность, специфичность и точность лапароскопии. результатов (21,1%) были признаны истинноположительными. лапароскопической диагностики было диагностировано повреждение внутренних органов брюшной полости с последующем переводом диагностической лапароскопической операции в лечебную. 25 результатов (19,5%) были признаны истинноотрицательными. В данных случаях при выполнении диагностической лапароскопии не было выявлено повреждений внутренних органов брюшной полости. Данный факт был подтвержден и в ходе последующего динамического наблюдения за больными. 5 результатов (3,9%) диагностических лапароскопий были признаны ложноположительными. В ходе выполнения лапароскопической диагностики у больных было диагностировано массивное внутрибрюшное кровотечение и/или распространенный перитонит. Данные состояния явились показанием к выполнению расширенной диагностической операции посредством лапаротомного оперативного доступа, с целью точного определения характера и объема повреждений, с последующим устранением последних. Следует отметить, что данные состояния явились следствием сочетанных повреждений паренхиматозных и полых органов брюшной полости. При проведении лапароскопической диагностики ложноотрицательнх результатов получено не было. Чувствительность диагностической лапароскопии составила 27/(27+0)х 100%=100%; специфичность диагностической лапароскопии составила 25/(25+5) х 100%=83,33%; точность диагностической лапароскопии составила (27+25)/57х 100%=91,23%.

57 результатов (44.5%) применения стандартной схемы обследования больных были признаны истинноположительными. У больных при явных клинических признаках повреждения органов брюшной полости было принято решение о выполнении операции посредством лапаротомного оперативного доступа. 6 результатов (4,7%) были признаны истинноотрицательными. У больных было диагностировано повреждение органов брюшной полости и оперативное вмешательство было выполнено посредством лапаротомии, но в ходе операции объем повреждений органов брюшной полости превысил первоначально диагностированный. 5 результатов (3,9%) были признаны ложноположительными. На основании данных проведенного обследования у пациентов было заподозрено повреждение органов брюшной полости и была выполнена лапаротомия, но при ревизии брюшной полости диагноз подтвержден не был. 3 результата (2,3%) были признаны ложноотрицательными. При применении стандартной схемы диагностики у больных не было выявлено повреждений органов брюшной полости. Однако в результате динамического наблюдения было констатировано развитие клинической картины повреждений органов брюшной полости, что явилось показанием к выполнению оперативного вмешательства посредством лапаротомии. Чувствительность диагностических лапаротомных операций и стандартной тактики при абдоминальной травме составила 57/(57+3) х100%=95,0%. Специфичность диагностических лапаротомных операций и стандартной тактики при абдоминальной травме составила 6/(6+5)х100%=54,55%. Точность диагностических лапаротомных операций и стандартной тактики при абдоминальной травме составила (57+6)/71х 100%=88,73%. Таким образом, применение методики лапароскопической диагностики при травме живота позволило повысить в 1,05 раза уровень чувствительности, в 1,53 раза уровень специфичности и в 1,03 раза уровень точности диагностики.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что при травме живота методика диагностической лапароскопии характеризуется в среднем в 1,2 раза более высоким уровнем результативности при сравнении со стандартной тактикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА НАДПОЧЕЧНИКАХ

Пучков К.В.^{1,2}, Пучков Д.К.³

 1 Центр клинической и экспериментальной хирургии, 2 Швейцарская университетская клиника, 3 РОКБ,

Москва, г. Рязань

Актуальность. Адреналэктомия является стандартом лечения гормонально активных заболеваний надпочечников. Большинство лапароскопических адреналэктомий включают полное удаление надпочечника, к сожалению, сообщений о лапароскопических органосохраняющих операциях на надпочечниках крайне мало. Именно поэтому мы предлагаем вашему вниманию наш опыт проведения органосохраняющей операции надпочечника.

Цель: оценить возможности лапароскопического метода при выполнении органосохраняющих операции надпочечника.

Материалы и методы. За период времени с 2000 по 2014 годы выполнено 56 органосохраняющих операций при заболеваниях надпочечников. Структура оперативных вмешательств: в 31 (55,4%) случае выполнена парциальная адреналэктомия, в 25 (44,6%) случаях — лапароскопическое удаление кист надпочечника. В 15 слкучаях выполнена холецистэктомия при желчекаменной

болезни, Все операции были выполнены одним хирургом. Не было отмечено интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты. Величина интраоперационной кровопотери от 50 до 150 мл. Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 17,5 минут до 74 минут. В качестве критериев оценки эффективности операций мы брали: 1) количество осложнений. В указанной группе было 1 интраоперационное осложнение - ранение нижней полой вены, диаметр дефекта ~ 2 мм. Данное осложнение было ликвидировано лапароскопическим методом, достижением гемостаза пластиной «Тахокомб»). В послеоперационном периоде в 2-х случая (3,7%) при адреналэктомии слева отмечалось скопление серозногеморрагической жидкости в брюшной полости объеме до 250 мл, в обоих случая выполнена тонкоигольная пункция под контролем УЗИ, в 1 случае (1.85%) – было выявлено повышение уровня амилазы крови и диастазы мочи, что потребовало проведения курса консервативной антисекреторной терапии в течении 3-х дней. 2) Дополнительно были оценены различные виды энергий при рассечении ткани надпочечника («LigaSure», ультразвуковая энергия, «Thunderbeat») и несколько видов гемостаза в области культи надпочечника (гемостатики – пластина «Тахокомб», гидрофильный гемостатический порошок «PerClot»).

Вывод. Лапароскопический метод лечения заболеваний надпочечника является безопасным, используя адекватные методы рассечения ткани и различные способы гемостаза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД), РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК

Пучков К.В.^{1,2,3}, Пучков Д.К.^{2,3}, Филимонов В.Б.³ ¹Центр клинической и экспериментальной хирургии, ²Швейцарская университетская клиника, ³РОКБ, Москва, г. Рязань

Актуальность. Выполнение минимально инвазивных антирефлюксных операций в настоящий момент является наиболее предпочтительным подходом в лечении пациентов, страдающих ГПОД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Несмотря на ряд определенных недостатков, наиболее распространенным видом антирефлюксной операции в настоящее время остается лапароскопическая фундопликация (ЛФ) по Ниссону.

Цель: оценить эффективность применения различных методик при выполнении лапароскопических антирефлюксных операций.

Материалы и методы. За период времени с 1996 по 2014 годы выполнено 597 лапароскопических антирефлюксных операций. Структура оперативных вмешательств: в 38 случаях выполнена ЛФ по Ниссону, в 57-х случаях – задняя парциальная фундопликация по Тупе и в 502 случаях, то есть превалирующая часть, двухсторонняя ЛФ по Тупе. Все пациенты в предоперационном периоде прошли обязательное обследование, включающее: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, суточный рН-мониторинг.

Все операции были выполнены одним хирургом.

Результаты. Имели место несколько интраоперационных осложнений: в 3-х случаях повреждение капсулы селезенки (гемостаз выполнен с помощью коагуляции в режиме «спрей» или использованием различных видов гемостатиков, в одном случае - разрыв селезенки (гистологическое заключение - лимфома), что потребовало выполнение симультанной спленэктомия, в одном случае - перфорация пищевода. При выполнении ЛФ в 5 случаях отменно развитие пневмоторакса (4 случая – повреждение плевры при выделении пищевода, в случае имело место разрыв буллы легкого). Осложнения наступили на моменте освоения методики. Не было ни одной конверсии на открытую операцию. В 46% случаев (275 операций) выполнялись симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза – желчекаменная болезнь, гинекологические и урологические заболевания. Среднее время оперативного вмешательства в настоящее время не превышает 40 минут. В раннем послеоперационном периоде отмечена дисфагия у 25% пациентов, которым выполнена ЛФ по Ниссону, у 12% пациентов после парциальной ЛФ по Тупе и у 5% пациентов после двухсторонней ЛФ по Тупе.

Выводы. Пациенты для оперативного вмешательства отбираются только по строгим показаниям (выраженная клиническая картина, наличие эзофагита и отсутствие эффекта от консервативной терапии). Операция Toupet является более сложной в техническом исполнении, но сопровождается меньшим количеством осложнений и негативных проявлений в послеоперационном периоде, что значительно улучшает качество жизни пациента.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ N.O.S.E. В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Пучков К.В.^{1,2}, Хубезов Д.А.³, Пучков Д.К. ³

¹Центр клинической и экспериментальной хирургии, ²Швейцарская университетская клиника, ³РОКБ,

Москва, г. Рязань

Актуальность. Наиболее распространенным способом извлечения резецированной препарата в колоректальной хирургии, является минилапаротомный разрез передней брюшной стенки, что приводит к усилению болевого синдрома в послеоперационном периоде. Осложнения со стороны операционной раны, развитие послеоперационных грыж являются одними из наиболее важных проблем, как открытой, так и лапароскопической хирургии. Отказ от необходимости извлечения препарата через разрез передней брюшной стенки неминуемо приводит к улучшению качества послеоперационного периода пациентов.

Появление транслюминальной хирургии вызвало огромный интерес хирургического сообщества, что связано с появлением возможностей для еще большего снижения вероятности развития осложнений со стороны операционной раны. Влагалище и анус в настоящий момент являются наиболее удобными «путями» для извлечения резецированного препарата и создания толстокишечного анастомоза. Концепция N.O.S.E.-хирургии позволяет максимально раскрыть все преимущества лапароскопической хирургии, дает возможность для развития новых «миниинцизионных» хирургических методик.

Цель. Оценить возможности использования технологии N.O.S.E в хирургии колоректального рака.

Материалы и методы. За период времени с 1996 по 2014 г. выполнено 41 лапароскопическая резекций толстой кишки с применением методики N.O.S.E. Из 41 операции, 31 (75,6%) были выполнены по поводу онкологических заболеваний и 10 (24,4%) — доброкачественных заболеваний прямой кишки. Начиная с 1996 года выполнено 15 симультанных лапароскопических ТМЭ (рак прямой кишки) с экстирпацией матки (миома матки, опущение половых органов) с трансвагинальным извлечением препарата и формированием сигмо-ректоанастомоза, 4 резекций прямой кишки (рак прямой кишки) с трансанальным извлечением препарата и последующим формированием анастомоза. Следующий этап внедрения концепции N.O.S.E. - с 2011 года выполнено 7 лапароскопических гемиколэктомий (опухоль ободочной кишки) с интракорпоральным наложением анастомоза, извлечением препарата через влагалища. С 2012 года выполнено 10 операции по поводу эндометриоидного

поражения прямой кишки, с извлечением препарата кишки через естественные отверстия. Из 10 операций, в 9-ти случаях, экстракция препарата и формирование анастомоза производилось трансвагинально, в 1-м случае — трансанально.

Результаты. Все 41 операции были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах составила от 50 до 200 мл. Длительность операции, после прохождения этапа «освоения» методики, стала сопоставима с традиционными лапароскопическими операциями на толстой кишке.

Более короткий период восстановления после операции мы связываем с отсутствием дополнительных разрезов передней брюшной стенки для извлечения резецированного препарата. Среднее время нахождения в стационаре - от 3,2 до 5 суток.

Оценка болевого синдрома проводилась с помощью цифровой оценочной шкалы (NRS) через 2, 4, 6, 12, 24, 48 и 72 часа после операции, до приема анальгетиков. Пациенты, на наш взгляд, имели минимально-возможные для данного объема операций значения — от 2,0 до 2,5, при этом максимальные показатели были отмечены через 12 часов после операции.

Для оценки косметического эффекта после операции и степенью удовлетворенности собственным телом, через 2 недели после операции пациенты заполняли специальные анкеты – оценка удовлетворенностью своим телом после операции (Body Image Questionnaire (BIQ)) и удовлетворенность послеоперационным рубцом (Cosmetic Questionnaire). Все пациенты остались довольны косметическими результатами операции.

Вывод. Извлечение резецированного препарата через естественные отверстия не приводит к развитию морфофункциональных осложнений со стороны органов брюшной полости и приводит к значительному улучшению течения послеоперационного периода у пациентов.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОЗИТНЫХ СЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Пучков К.В. ^{1,2}, Пучков Д.К. ³

 1 Центр клинической и экспериментальной хирургии, 2 Швейцарская университетская клиника, 3 РОКБ, Москва, г. Рязань

Актуальность. От 4% до 7% пациентов, перенесших операцию, в течение 5-ти лет повторно оперируются по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Стоит отметить, что даже через 20 лет после появления лапароскопии,

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



от 3% до 29% операций выполняются открытым методом. Лапароскопический же метод лечения послеоперационных грыж, в настоящее время недооценен и используется лишь в небольшом числе клиник нашей страны.

Цель. Оценить результаты использования лапароскопического метода в лечении послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2014 год выполнено 54 лапароскопических операций по поводу послеоперационной вентральной грыжи передней брюшной стенки. Из них 41 (75,9%) женщин, 13 (24,1%) мужчин. Возраст пациентов от 28 до 67 лет. Размер грыжевых ворот варьировал от 14 до 25 см. Послеоперационные грыжи в верхнем этаже брюшной полости наблюдались у 21 пациентов, после перенесенных верхнесрединных лапаротомий, доступов в правом и левом подреберьях. У 10-ми пациентов грыжи выявлены после люмботомии, у 7-ти после срединной лапаротомии, у 6-ти после разрезов по Черни и у 10-и пациентов локализовались в нижнем этаже брюшной полости после нижнесрединной лапаротомии, доступа по Пфанненштилю, Волковичу-Дьяконову. 17 пациентов (31,5%) в анамнезе имели более одного оперативного вмешательства на органах брюшной полости. 20 пациентов (37%) были ранее оперированы по поводу вентральной грыжи открытым доступом с пластикой грыжевого дефекта местными тканями, 2-м пациентам (3,7%) выполнялась открытая пластика с установкой сетки. У 48 пациентов (88,8%) был выявлен выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Вышеуказанные обстоятельства являются абсолютными показаниями для использования лапароскопического метода в лечении, так как нам не приходится рассекать большой массив тканей, выполнять обширную диссекцию тканей и разделять рубцовые сращения. Наложение карбоксиперитонеума в большинстве случаев выполнялось с помощью иглы Вереша, в 90% случаев операции выполнялись через 3 троакара, при «нестандартных» ситуациях дополнительно вводились 5 мм троакары. В качестве сетчатого импланта использовались современные композитные сетки – PhysioMesh (компания "Ethicon") и Parietex (компания "Covidien"). В 3-х случая при поясничных грыжах использовались не композитные сетки Surgypro (Covidien), с обязательной перитонизацией операционной раны. Размеры сеток варьировались в зависимости от операционной ситуации: в 33 случаях (61,1%) размеры используемой сетки были 20см х 20см, а в 21 случае (38.9%) - 20cm x 30cm.

Перед фиксацией сетки, обязательным условием является выделение границ грыжевого дефекта со всех сторон, с отступом не менее 4 см. Основной метод фиксации сетки - трансфасциальная фиксация нитью "Prolene" к апоневрозу в 4-х точках с помощью иглы «EndoClose», при необходимости, дополнительно использовались герниостеплеры — Securestrap (компания «Ethicon») и ProTak, AbsorbaTack (компания «Covidien»).

Размеры сетки определялись интраоперационно согласно величине грыжевых ворот или в предоперационном периоде границы грыжевого дефекта обозначались маркером, с обязательным указанием точек фиксации нитей к апоневрозу.

Результаты. Все 54 операций были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не превышала 25 мл. Общее время операции варьировало от 15 до 59 минут. Отличительной особенностью ведения послеоперационного периода у пациентов после подобных операций, является их практически полный отказ от обезболивающих препаратов. Уровень послеоперационной боли по шкале ВАШ – не превышал 1,8 балла. Средний койко-день – 1,8 дня. В послеоперационном периоде у 7-ми пациентов (13%) при контрольном УЗИ-исследовании выявлено скопление жидкости в грыжевом мешке, что потребовало его пункции под контролем УЗИ, в 1 случае (1,85%) - постановка аспирационной системы по Редону на 4 суток. В послеоперационном периоде мы рекомендовали ношение бандажа в течение не менее 3-х месяцев. Через 6, 12 месяцев после операции все пациенты в обязательном порядке проходили УЗИ органов брюшной полости. За указанный период наблюдения рецидивов не выявлено.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют, что применение лапароскопической методики возможно при соблюдении соответствующих показаний и противопоказаний. Лечение послеоперационных вентральных грыж лапароскопическим методом с использованием композитных сеток является эффективным и безопасным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ИНВАЗИВНОМ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Пучков К.В. 1,2 , Коренная В.В. 2 , Пучков Д.К. 3

¹Центр клинической и экспериментальной хирургии, ²Швейцарская университетская клиника, ³РОКБ, Москва, г. Рязань

Актуальность. Лапароскопический метод лечения в настоящее время становится золотым стандартом радикального лечения инвазивного ретроцервикального эндометриоза и включает в себя резекцию пораженного участка толстой кишки. Непременными условиями выполнения «правильной» резекции кишки являются: 1) выполнение мобилизации прямой кишки по

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



внутреннему слою; 2) выполнение органосохраняющей операции - минимальное отступление $(0,5-1\ \text{см})$ от пораженного участка прямой кишки; 3) извлечение препарата кишки с учетом анатомических и интраоперационных особенностей конкретного пациента.

Общепринятым способом извлечения препарата является минилапаротомия по Пфанненштилю, либо извлечение через дополнительный разрез на передней брюшной стенке, однако, в настоящий момент все большее число хирургов отдает предпочтение новому направлению в лапароскопии – извлечение резецированного препарата через естественные отверстия (N.O.S.E. хирургия), которое прочно заняло свое место. Извлечение препарата через влагалище или прямую кишку позволяет в большинстве случаев полностью отказаться от выполнения лапаротомии, что, в свою очередь, снижает уровень хирургической травмы, приводит к более быстрому восстановлению в послеоперационном периоде, снижает уровень послеоперационной боли и минимизирует вероятность развития осложнений со стороны раны.

Однако ряд статей указывают, что извлечение резецированного участка толстой кишки через естественные отверстия, приводит к увеличению риска развития функциональных нарушений и негативно сказывается на половой функции.

Именно это обстоятельство индуцировало появление нашей работы.

Цель: проанализировать результаты операций с извлечением резецированного препарата толстой кишки трансабдоминально и по технологии N.O.S.E., в зависимости от локализации и протяженности патологического процесса.

Материалы и методы: За период времени с 2007 по август 2014 годы выполнено 352 операции по поводу ретроцервикального эндометриоза, из них – 77 операции – циркулярная резекция толстой кишки.

Средний возраст пациенток был 35,5 года, индекс массы тела (ИМТ) от $23,2\ \kappa \Gamma/M2$ до $29,3\ \kappa \Gamma/M2$.

Из 77 операций, в 40 (51,9%) случаях выявлено эндометриоидное поражение прямой кишки, в 37 (48,1%) случаях – сигмовидной кишки. В 20 (26%) случаях помимо резекции кишки, была выполнена резекция стенки влагалиша.

Результаты предоперационного обследования показали, что из 40 случаев, в 10 (25%) случаях локализация эндометриоидного поражения кишки - среднеампулярный отдел, в 30 (75,%) случаях — верхнеампулярный отдел, ниже ректосигмоидного перехода.

Результаты. Все 77 циркулярных резекции были успешно выполнены. У 37 пациентов выполнена резекция сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области, путем удлинения троакарного разреза. В 30 случаях, при локализации очага в верхнеампулярном отделе, выполнена резекция толстой кишки с последующим извлечением через мини разрез по

Пфанненштилю, в 9 случаях, при поражении среднеампулярного отдела прямой кишки, выполнена экономная резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансвагинально и в 1 случае - резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансанально.

Трансвагинальная экстракция кишки была показана только при выполнении симультанной супрацервикальной гистерэктомии или резекции стенки влагалища.

Время операции варьировало от 82 минут (при резекции сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области) до 106 минут – при трансанальной экстракции резецированного препарата.

Патологоанатомическое исследование препарата показало, длина резецированного препарата варьировало от 5 до 12см, при этом отступ от эндометриоидного очага колебался от 0,6 до 1,8 см.

Время нахождения в стационаре - от 3,7 до 4,5 суток. Из 77 пациенток, у 7(9 %) в послеоперационном периоде возникла необходимость катетеризации мочевого пузыря в течении 4-х суток и назначении препарата «Кардура» до 3-х недель. Возникновение данного осложнения мы связываем с сопутствующим эндометриоидным поражением мочевого пузыря и выполнением обширной диссекцией в этой зоне.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о возможности выполнения такого рода операций, используя малоинвазивные методы. Для каждого из методов извлечения препарата существуют свои показания и противопоказания, соблюдение которых делает подобные операции исключительно безопасными, на фоне значительного улучшения отдаленных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПОЛИПОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Пучков К.В.^{1,2,3}, Пучков Д.К.³

¹Центр клинической и экспериментальной хирургии, ²Швейцарская университетская клиника, ³РОКБ, Москва, г. Рязань

Актуальность. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЦЭ) стала «золотым» стандартом лечения ЖКБ у пациентов всех возрастов. Стремясь еще более уменьшить последствия перенесенной операции, развитие

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



миниинвазивной хирургии пошло в двух направлениях: уменьшение диаметра рабочих инструментов и снижение количества разрезов на передней брюшной стенки. Результатом стало появление абсолютно новых методик выполнения холецистэктомии – минилапароскопическая (М-ЛХЦЭ). через единый лапароскопический доступ (ЕЛД) и гибридная минилапароскопическиассистированная холецистэктомия (ГМ-ЛАХ).

Несмотря на явные положительные стороны от включения выше указанных методик в ежедневную практику хирурга, число выполняемых «современных» операций в настоящий момент остается крайне низким. Данное обстоятельство может быть связано с несколькими причинами: отсутствие четких показаний и противопоказаний для использования конкретной методики, необоснованное преувеличение интраоперационных рисков при выборе метода оперативного вмешательства, склонностью хирургов к выполнению более «привычного» и простого оперативного лечения.

Цель. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты применения миниинвазивных лапароскопических методик в лечении заболеваний желчного пузыря.

Материалы и методы. За период времени с 2006 по 2014 г. нами выполнено более 3000 лапароскопических холецистэктомий с применением различных миниинвазивных методик. С 2010 года по 2014 год нами проведено проспективное исследование, включившее 517 лапароскопических холецистэктомий. Все пациенты были разделены на 4 группы. Первая группа (группа А) включала 147 пациентов, которым выполнена традиционная ЛХЦЭ, вторая группа (группа В) включала 138 пациентов, которым выполнена М-ЛХЦЭ, третья группа (группа С) включала 126 пациентов, которым выполнена ЕЛД - ХЭ и четвертая группа (группа Д) - 106 пациенток, которым выполнена ГМ-ЛАХ.

Усредненное значение индекса массы тела в группе А составило 30,2 кг/м2, в группе В 28,4кг/м2, в группе С – 24,7 кг/м2 и в группе Д – 27,1 кг/м2.

Число пациентов с хроническим калькулезным холециститом составило 125 (85%) человек в группе А, 118 (85,5%) - в группе В, 112 (88,8%) - в группе С и 96 (90.5%) человек в группе Д. Кроме того, лапароскопические операции по удалению ЖП выполнялись при бессимптомном камненосительстве (3,4%) и полипах ЖП (9,2%).

В качестве критериев оценки эффективности операций мы брали: величина интраоперационной кровопотери, общее время операции, количество осложнений, интра- и послеоперационных, оценка интенсивности боли, используя цифровую рейтинговую шкалу боли (NRS), косметический эффект.

Результаты. Все 517 операций были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не превышала 25 мл. Продолжительность оперативного вмешательства составила в группе А – 37,5 минуты, в группе B - 38,7 минуты, группе C - 39,1 минут и в группе Д - 41,7 минуту.

Оценка болевого синдрома проводилась с помощью цифровой оценочной шкалы (NRS) через 2, 4, 6, 12, 24, 48 и 72 часа после операции, до приема анальгетиков. Пациенты, перенесшие традиционную ЛХЦЭ имели максимально высокие показатели среди исследуемых групп — до 2,8. Пациенты групп В, С и Д имели практически схожие значения уровня послеоперационной боли, однако особого внимания заслуживает группа Д, в которой уровень боли был минимален. Длительность приема обезболивающих препаратов варьировала от 1 до 7 дней.

Для оценки косметического эффекта после операции и степенью удовлетворенности собственным телом, через 2 недели после операции пациенты заполняли специальные анкеты – оценка удовлетворенностью своим телом после операции (Body Image Questionnaire (BIQ)) и удовлетворенность послеоперационным рубцом (Cosmetic Questionnaire). Результаты показывают, что максимальный косметический результат был достигнут в группе Д - 97 пациенток (91,5%) находили состояние своего тела «идеальным».

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют, что современные малоинвазивные методы лечения ЖКБ, применяемые по строгим показаниям, имеют значительные преимущества в сравнении с традиционной ЛХЦЭ.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г., Петрова Л.В.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей.

Материалы и методы исследования: за период с января 2008 года по июнь 2014 года в отделении хирургии новорожденных и недоношенных детей находились на обследовании и лечении 103 ребенка, из них выполнено 93 торакоскопических операций при врожденной диафрагмальной грыже. Антенатально порок развития выявлен у 74 (72%). Левосторонняя локализация у 90 (87%) новорожденных: 74 (82%) ложные, 16 (18%) истинные, в 13 (13%)

правосторонняя локализация: 3 (23%) ложные, 2 (15%) истинные, 8 (61%) релаксация купола диафрагмы.

Результаты и обсуждение: В 33 (32%) случаях для пластики купола использованы импланты: в 19 (18%) случаях использован политетрафторэтилен (ПТФЭ), в 14 (13,5%) — имплант «пермакол». Среднее операционное время при пластике собственными тканями составило 64 ± 39 (40-90 мин.), с «пермакол» 117 ± 6 (95-160 мин.), с ПТФЭ - 131 ± 6 (100-180мин). Дренаж из плевральной полости при пластике собственными тканями удален на 11 ± 5 (3-21 сут.), с имплантацией «пермакол» - 15 ± 4 (8-25 сут.), с имплантацией ПТФЭ - 15 ± 11 (4-37 сут.). Осложнения, в раннем послеоперационном периоде: 1 (1,2%) - энтероколит, 4 (5%) - гемоторакс, 8 (10%) - хилоторакс. В позднем послеоперационном периоде: рецидив ДГ у 9 (10%), 7 (9%) - изолированный ЖПР или ГПОД. Летальность - 22 (21%).

Заключение: таким образом, торакоскопическая коррекция ДГ у новорожденных является высокотехнологичным малоинвазивным способом хирургической коррекции, способствующим снижению послеоперационных осложнений и летальности.

МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рахматуллаев Р.Р., Норов А.Х., Рахматуллаев А.Р. МСЧ ГУП ТАЛКО, г. Турсунзаде, Таджикистан

Актуальность. В связи с высокой частотой заболевания и различных интра и послеоперационных осложнений, проблема хирургического лечения ЖКБ по сей день остаётся одной из актуальных задач современной хирургии, По данным литературы у каждого четвертого жителя в возрасте от 60 до 70 лет имеется конкремент в желчном пузыре, а после 70 лет у каждого третьего из них. В структуре болных общехирургических отделений ЖКБ занимает второе место после острого аппендицита и составляет 20-25%, а острый холецистит самая частая патология, идущая на уровне острого аппендицита [1,3]. На каждые 300-400 традиционых холецистэктомий приходится одно интраоперационное осложнение, а послеоперационные осложнения, связанные с операционным доступом возникают в 9-12%. Эта проблема особенно актуальна среди больных, страдающих сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов [1, 2, 3].

В 70-х годах в г. Свердловске (Россия) профессор И.Д. Прудков заложил основы хирургии малых доступов. Под минилапаротомией понимают послойный разрез, недостаточный по длине для введения рук хирурга в брюшную полость, сохранение в этих условиях прямой видимости зоны операции и применение в глубине раны общехирургической техники оперирования с помощью специальных инструментов с использованием элементов лапароскопической операции [4]. В 1982 году, по признанию большинства ученых, во Франции F. Dubois выполнил первую холецистэктомию из минилапаротомного доступа. В России первую холецистэктомию из минилапаротомного доступа длиной 3 см выполнил М.И. Прудков в 1985г. [4,5,6,7].

Цель исследования — анализ результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни с использованием минилапаротомного доступа.

Материал и методы. Нами за последние 14 лет МХЭ произведено - у 1448 больных, страдающих ЖКБ. Из них — у 419 (28,9%) больных отмечено ОХ, остальные 1029 (71,1%) страдали хронической желчнокаменной болезнью (ХЖКБ). Из числа обследованных — у 68(4,6%) отмечена клиника механической желтухи. Возраст больных составил от 42 до 92 лет, средний возраст $62,4\pm1,5$ лет. В исследовании преобладали лица женского пола - 978 (67,5%), мужчин было 470 (32,5%), 315 (21,7%) больные страдали различными сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов.

Больным, страдающим ОХ в зависимости от состояния и результатов клинико-инструментальных методов исследования в течение 12-24 часов проводилась соответствующая предоперационная подготовка, направленная на нормализацию функции жизненно-важных органов. Так, по данным ультразвукового метода исследования (УЗИ) -у 148 (35,3%) из 419 отмечен обтурационный ОХ с признаками деструкции стенок желчного пузыря, у 203 (48,4%) больных отмечена УЗ картина ОХ без деструкции стенок. У 68 (16,2%) больных с клиникой механической желтухи наряду с наличием конкрементов в желчном пузыре, обнаружено расширение холедоха от 12 до 25 мм и конкременты в нём.

Мы для выполнения МХЭ пользуемся инструментами, производимыми медицинской компанией «San» (г.Екатеринбург, Россия). Разрез производим трансректально или косо, отступя на 1-2 см от реберной дуги длиной до 4 см. Холецистэктомия производится от шейки, выделение желчного пузыря от ложа производится с помощью специальных электрокрючков с каналом для аспирации. По показаниям производим дренирование ложа желчного пузыря силиконовой трубкой через контраппертуру в правом подреберье. Отличительной особенностью МХЭ при ОХ является разьединение околопузырного инфильтрата с последующей пункцией напряженного желчного пузыря у дна. Операцию завершаем дренированием подпеченочной области перчаточно-трубчатым дренажем через контрапертуру в правой подреберной области. У всех 68 больных с механической желтухой выявлено расширение холедоха 14 –25 мм.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



им произведена супродуоденальная холедохолитотомия, при ревизии холедоха из них у 57 больных отмечено наличие множества конкрементов, им операция завершена формированием супрадуоденальной холедоходуоденостомии (ХДА) по Юрашу — Виноградову (рис.1,2,3) без расширения операционного доступа, - у 11 больных отмечено наличие единичных конкрементов, им операция завершена дренированием холедоха по методике А.В.Вишневского.

Результаты и обсуждение. Мы при МХЭ применяем в основном трансректальный доступ до 4,0 см, отступя на 1-2 см. от реберной дуги, у части больных применен косой минилапаротомный доступ без пересечения мыщи передней брюшной стенки, при этом существенной разницы между этими доступами при выполнении оперативного вмешательства нами не отмечено. При выполнении МХЭ каких либо технических трудностей, связанных с размером операционной раны не отмечено, во всех случаях операция завершена из минилапаротомного доступа. Создаваемое операционное поле является вполне достаточным для выполнения оперативного вмешательства и в внепеченочных желчевыводящих путях в том числе и в формировании супрадуоденального ХДА.

Через сутки после операции всем больным производили контрольное УЗИ, при отсутствии скопления жидкости в подпеченочной области удаляли дренажную трубку, у больных с ОХ производили динамическое УЗИ и на 3-4 - ые сутки из брюшной полости удаляли дренажную трубку. Больным с холедохостомией, на 8-9 ые сутки удаляли холедохостомию после антеградной холангиографии.

При изучении ближайших послеоперационных результатов, больных разделили на II группы в зависимости от формы заболевания: I группа- 1029 больных, оперированных по поводу ХЖКБ: ІІ группа 419 больных, оперированный по поводу ОХ и холедохолитиаза с клиникой механической желтухи. Так, среди больных I группы нагноение послеоперационной раны, серома и краевой некроз кожи отмечен у 6 (06%); 5(05%) и 2 (02%) больных соответственно, всего различных осложнений отмечено - у 13(1,3%) оперированных больных. Среди больных ІІ группы нагноения послеоперационной раны отмечены у 8 (1.9%); серома – у 5 (1,2%) и краевой некроз кожи –у 2(04%) больных, всего различных осложнений отмечено -у 15(3,5%) больных. Специфические осложнения данной методики операции - краевой некроз кожи, который обусловлен чрезмерным растяжением кожной раны с помощью шарнирных ранорасширителей, нами отмечено в основном у тучных пациентов. Средний койко-день пребывание больного в стационаре составило 3.2 ± 05 и 4.6 ± 05 дня соответственно по группам. Один больной умер от острого инфаркта миокарда на 2-ые сутки после операции из II группы, среди больных I группы летальных исходов не отмечено. В отдаленном послеоперационном периоде до 10 лет осмотрено 820 больных, послеоперационная грыжа отмечена всего у 3(04%) больных, остальные больные существенных жалоб не предъявляли, были довольными косметическим эффектом оперативного вмещательства.

Выводы:

- 1. Создаваемое операционное поле при МХЭ является вполне достаточным и для выполнения оперативного вмешательства во внепеченочных желчевыводящих путях в том числе и в формировании супрадуоденального ХДА.
- 2. МХЭ позволяет проводить оперативное вмешательство максимально щадяще и существенно снизить частоту послеоперационных осложнений. Единственным недостатком методики является невозможность произвести широкую ревизию органов брюшной полости.
- 3.МХЭ является методикой выбора операции у больных пожилого и старческого возраста и у больных, страдающих сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов.







Puc.1 Puc.2 Puc.3 Puc.3, 2, 3

Литература:

1. Альперович Б.И. Повреждения желчных путей во время операций / Б. И. Альперович, М. П. Портнягин // В сб.: Проблемы желчных путей. М.: Медицина, 1982. —С.9-10.

Этапы операции формирования ХДА из минилапаротомного доступа.

- 2. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом : Руководство для врачей / Д.М. Красильников [и др.] ; под ред. Д.М. Красильникова. Казань: Медицина, 2008. 176 с.
- 3. Шпаченко Ф.А. Сравнительный анализ различных видов холецистэктомии / Ф.А. Шпаченко, П.С. Ветшев // Руководство по хирургии желчных путей / под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. 2-е изд. М.: Видар М, 2009. С.185-195.
- 4. Галашев В.И. Холецистэктомия из мини доступа у лиц пожилого и старческого возраста / В.И.Галашев, С.Д. Зотиков, С.П.Глянцев //Хирургия. –Москва. 2001. -№3. –С. 15-18.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



- 5. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных ЖКБ / М.И. Прудков // Хирургия.- 1997. №1. С. 32-35.
- 6. Is acute cholecystitis a contraindication for laproscopic cholecystectomy? /P.R. Fontes [et al.] // Int. Surg.-1998. –Vol. 83, №1. –P. 28-30.
- 7. Кригер А.Г. Лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе и холедохотомия из мини доступа: руководство по хирургии желчных путей / А.Г. Кригер, А.М. Шлутко, М.И. Прудков; под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. 2-е изд., М.: Видар 2009. С.380-386.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ М.Х.

Рахматуллаев Р.Р., Норов А.Х., Рахматуллаев А.Р., Ходжаев МСЧ ГУП ТАЛКО,

г. Турсунзаде, Таджикистан

Целью исследования является обсуждение результатов симультанных лапароскопических операции при различных хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования: Нами с 2000 по 2014 гг. 269 больным произведено симультанные лапароскопические операции (СЛО). Возраст больных от 17 до 72 лет, мужчин 68 (25,2%), женщин 201 (74,8%). У 186 (69,1%) больных основным хирургическим заболеванием явилась хронические калкулезный холецистит (ХЖКБ), у 58 (21,3%) эхинококковая киста печени и у 25(9,6%) различный гинекологические патологии органов малого таза. Из числа обследованных у 187 (69,6%) сопутствующие хирургические заболевания (СХЗ) органов брюшной полости были диагностированы до операции, у остальных 82 (30,4%) на диагностическом этапе оперативного вмешательство.

У 186 (69,1%) ХЖКБ СХЗ явилось: - у 60(32,2%) спаечная болезнь, у 29 (15,5%) трубно-перитонеальное бесплодие, у 17 (9,1%) субсерозная миома матки, у 31 (16,6%) киста яичника, у 21 (11,2%) пупочная грыжа, у 10 (3,7%) хронический аппендицит, у 5 (1,8%) симптомная миома матки, у 7(2,6%) киста верхнего полюса правой почки, и у 4 (1,4%) больных дивертикул Меккеля.

У 58 (21,3%) больных с эхинококкой кистой печени СХЗ явилось хронический бескаменный холецистит и спаечная болезнь, у 25 (9,6%) больных с основным заболеванием органов малого таза СХЗ явились спаечная болезнь

-у 15, пупочная грыжа -у 2, паховая грыжа -у 5, грыжа передней брюшной стенки -у 3 больных.

В анамнезе операции на органах брюшной полости из верхнеесрединного и/или нижнесрединного лапаротомного доступа имели 78 (28,9%) больных, из них у 39 на органах малого таза по поводу различных гинекологических заболеваний, у 12 больных на органах верхнего этажа брюшной полости, 27 больным была произведена аппендэктомия. При наличии нижне-срединного послеоперационного рубца на передней брюшной стенке установку первого торакопорта производили на срединном расстоянии между пупком и мечевидным отростком грудины, послеоперационный рубцы других локализации не влияли в выборе место установки первого троакара.

186 больным с ХЖКБ первым этапам выполняли лапароскопическую холецистэктомию, в последующем симультанную операцию: Из них у 60 больных симультанно выполнено рассечение спаек в брюшной полости между петлями кишечника и/или между париетальной брюшиной и большим сальником, у 29 сальпинголизис и сальпингостомия, с каутеризацией яичников, у 17 консервативная миомэктомия, у 31 цистэктомия, у 21 грыжесечение, пластика по Мейо из «мини» доступа, у 10 аппендэктомия, у 5 надвлагалищная ампутация матки, у 7 произведена цистэктомия из верхнего полюса правой почки из внутрибрюшного лапароскопического доступа без установки дополнителного торакопорта и у 4 больных резекция дивертикуля Меккеля произведена по комбинированной методике, т.е. в сочетании лапароскопической методики и «мини» лапаротомного доступа. Во всех случаях операции завершали дренированием подпеченочной области силиконовой трубкой по показаниям и полости малого таза. У 35(16,5%) больных для устранения СХЗ лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с «мини» лапаротомным доступом, что в свою очередь позволило значительно сократить период напряженного карбоксиперитонеума и продолжительность оперативного вмешательства.

У 58 больных с основным заболеванием эхинококковая киста III-IY-Y-YI-YII сегментов печени в 49 случаях отмечено наличие перипроцесса вокруг желчного пузыря с деформацией стенки, из низ в 32 случаях перипроцесс между желчным пузырём и стенкой эхинококкой кисты, в 9 случаях после аппендэктомии в анамнезе отмечен спайчный процесс в правой подвздошной области. При лапароскопической эхинококкэктомии из печени торокопорты устанавливаем как при ЛХЭ, а в правой подреберной области на место 5мм торокопорта устанавливаем 20 мм. торокопорт. После отграничения эхинококковой кисти марлевым тампоном, производим пункцию эхинококковой кисты с аспирацией содержимого, в последующем в полость вводим 76% спирт с экспозицией 5-7 мин, рассекаем фиброзную капсулу и удаляем хитиновую оболочку в контейнере. Остаточную полость тампонируюм большим сальником,

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



по показаниям производим дренирование, следующим этапом производим холецистэктомию. Операцию завершаем дренированием подпечоночной области силиконовой трубкой через 20 мм. торокопорт установленный в правом подреберье.

Результаты исследования и обсуждение: У оперированных больных с основным заболеванием ХЖКБ в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции, чувствовали себя комфортно, дренажные трубки удаляли через сутки после контрольного УЗИ. Нагноение послеоперационной раны отмечено – у 2(1.07%) больных, желчеистечение в количестве до 60-80 мл – у 3(1,6%0 больных, средняя продолжительность операции составила 65±10 мин, средний койка день пребывания больного в стационаре составило 4,6±05 дней, срок реабилитации в среднем составило 16-18 дней.

У 5 (8,6%) больных после лапароскопической эхинококкэктомии с дренированием остаточной полости наблюдалось выделение желчи из дренажной трубки до 150,0-200,0 за сутки, которое самостоятельно прекратилось на 13-15-ый сутки. Нагноение послеоперационной раны в области дренажных трубок отмечено у 3 (5,1%) больных, средний койка день пребывания больных составил 5,6±05 дней, продолжителность операции составила 85±10 мин. Отягощения течения послеоперационного периода, связанного с проведенной симультанной операцией нами не отмечено, летальных исходов не было.

Таким образом, СЛО при СХЗ органов брюшной полости является весьма эффективным и оправданным оперативным вмешательством, поскольку больные после СЛО чувствуют себя комфортно, раньше активизируются, сокращается средний койка день пребывания больного в стационаре и сроки реабилитации. В рамках одного оперативного и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология, увеличение продолжительности оперативного вмешательства окупается сокрашением срока пребывания больного в стационаре и срока реабилитации..

Сочетание лапароскопического метода операции с «мини» лапаротомным доступом позволяет существенно сократить продолжительность оперативного вмешательства и период напряженного карбоксиперитонеума.

Выволы:

СЛО при СХЗ органов брюшной полости является методикой выбора, поскольку в рамках одного оперативного вмешательства и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология;

СЛО сопровождается косметическим, эстетическим и экономическим эффектом, минимальной частотой осложнений, коротким сроком пребывания больных в стационаре и срока реабилитации;

При лапароскопической эхинококкэктомии из печени методикой выбора ликвидации остаточной полости является тампонада большим сальником остаточной полости и по показаниям дрениро



Рис. 1,2,3. Этапы ЛС эхинококкэктомии из печени.

SILS PORT В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Рахматуллаев Р.Р., Акобирова С.А., Норов А.Х., Цыбоева Г.И. ${\sf MC4}\ {\sf ГУ\Pi}\ {\sf ТАЛКО},$

г. Турсунзаде, Таджикистан

Нами с 2010 г. по июнь. 2014 г. с применением технологии Sils port (ЕЛД) произведено 134 оперативных вмешательств, возраст больных от 15 до 48 лет, при этом большую часть составляли больные репродуктивного возраста. На диагностическом этапе в связи с наличием массивных спаек и большого количества крови (более 500мл) -у 8 (5,9%) больных определена нецелесообразность выполнения оперативного вмешательство из ЕЛД, у остальных 124 (94,1%) оперативное вмещательство успешно завершено из ЕЛД. В ближайшем послеоперационном периоде – у 2 (1,6%) больных отмечено нагноение послеоперационной раны, средний койка-день пребывания больных в стационаре составил 2 ± 0.5 дня. Летальных исходов не отмечено

Ключевые слова: Единый лапароскопический доступ, лапароскопия, гинекология.

Введение: Основная тенденция современной хирургии- это стремление минимизации травматичности оперативных вмешательств и улучшение косметического эффекта. На современном этапе развития хирургии малоинвазивная хирургия развивается в двух основных направлениях - эндоскопическая транслюминальная хирургия и хирургия ЕЛД. Обе технологии находятся на стадии соверщенствования и широкого внедрения в клиническую

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



практику [1,2,3]. В настоящее время существуют множество портов предназначенный для ЕЛД, название которых связано с фирмами изготовителями, в связи с чем в литературе множество аббреавиатур обозначающих оперативное вмешательство, выполняемое лапароскопическими инструментами из единого доступа [5,6]. Одно из первых названий этой технологии дал Университет Drexsel-Single-Port Acess surgery (однопортовая хирургия) [4]. Для удобства и систематизации названий операции по данной технологии в 2010 г. на XIII съезде Эндоскопических хирургов России предложен термин ЕЛД [1].

С помощью новой технологии лапароскопический доступ в брюшную полость будет осуществляться через один разрез (до 2,5 см) по нижнему краю пупочного кольца, которая после операции останется незаметным за счет складок пупочного кольца, устанавливается стабильный порт для лапароскопических инструментов, операция выполняется аналогично как при традиционной лапароскопической операции, но при этом отмечается минимальная травма передней брюшной стенки за счет отсутствия допольтальных разрезов на передней брюшной стенке [2].

Целью исследования является обсудить результаты лапароскопических операций из ЕЛД при различных гинекологических заболеваниях органов малого таза.

Материал и методы. Нами 2010г. до июня 2014г. произведено попытка выполнять оперативного вмещательство из ЕЛД -у 134 больных с различными гинекологическими заболеваниями органов малого таза. Возраст больных от 15 до 51 лет, в среднем составило $30\pm1,25$ лет, в основном больные репродуктивного возраста. По нозологии больные распределены следующим образом: кисты яичников – у 42 (31,3%), трубно-перитонеальное бесплодие – у 53(39,5%), внематочная трубная беременность – у 13 (9,7%), апоплексия киста яичника —у 14 (10,4%), перекрут кисты яичника — у 6 (4,5%), инородное тело малого таза (мигрировавщаяся внутриматочный спираль в брюшную полость) — у 6 (4,5%) больных.

Методика операции. Оперативное вмещательство выполняли под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких, в условиях эндовидеохирургической операционной. Для выполнения операции мы использовали «SILS» port (Auto Suture, корпорации Covidien, Швейцария), которая представляет собой резиновый порт в виде песочных часов с четырьмя рабочими каналами, один из них предназначен для подачи газа в брюшную полость, остальные каналы для рабочих инструментов. Производили разрез кожи до 1 см по нижнему краю пупочного кольца, создавали карбоксиперитонеум иглой Вереща, устанавливали 10 мм. торокопорт для обзора брюшной полости и определения возможности выполнения оперативного вмещательства из ЕЛД. После определения целесообразности и возможности выполнения оперативного вмешательство из ЕЛД, разрез расширяли до 2,5 см, под визуальным контролем

через нижние край пупочного кольцо устанавливали «SILS» port, через рабочие каналы которого устанавливали порты для лапароскопа и рабочих инструментов, остальные этапы операции не отличались от традиционной лапароскопической операции. При этом использовали стандартных инструментов предназначенных для выполнения лапароскопических операций.

Результаты исследования и обсуждения. На диагностическом этапе операции у - 8 (5,9%) больных из 134 определена нецелесообразность выполнения оперативного вмещательство из ЕЛД. Из них – у 2 (1,4%) больных имелось прорвавшиеся трубная беременность с наличием более 500 мл крови в полости малого таза, им произведено традиционная операция. У 4 (2,9%) больных с трубно-перитонеальным бесплодием были обнаружены массивный спайки в полости малого таза между маткой, придатками и петлями кишечника. Следовательно, 126 (94,1%) больным из 134 оперативных вмешательств завершено по технологии ЕЛД. При этом 19 (14,1%) больным произведено дренирование полости малого таза силиконовой трубкой через задний свод влагалища, дренажную трубку удаляли через сутки после контрольного ультразвукового исследования.

С целью тракции и лучшия экспозиции органов малого таза дополнительные торакопорты в подвздошных областях нами не были установлены, каких либо технических сложностей во время выполнения оперативного вмещательство не отмечено. Необходимо отметить, что на начальном этапе освоения данной методики единственным неудобством во время операции является то, что рабочие инструменты находятся в брюшной полости в одной плоскости, по мере освоения методики данное неудобство самоустраняется. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составило

40±2,5 мин. Операцию завершали наложением узловых швов на апоневроз передней брюшной стенки.

В ближайшем послеоперационном периоде больные в назначение наркотических анальгетиков не нуждались, чувствовали себя комфортно, активизировались к концу дня операции, нагноение послеоперационной раны отмечено — у 2(1,4%) больных, среднее койко-день пребывания составило 2 ± 05 дня, сроки реабилитации в среднем составило 2 неделя, у всех больных получен хороший косметический эффект, летальных исходов не было.

В отдаленном послеоперационном периоде через 2,5 года после операции осмотрено 96 пациентов, из них у 2-х(1,4%) отмечено послеоперационная грыжа на месте установки

«SILS» port, остальние пациенты каких либо жалоб связанный с перенесенной операцией не предъявляли, былы удовлетворены косметическим эффектом.

Выволы:

- 1. Возможности и целесообразности применения технологии ЕЛД необходимо определить на диагностическом этапе оперативного вмещательство и при индивидуальном подходе в каждом конкретном случае технология ЕЛД в хирургическом лечении различных гинекологических заболеваний органов малого таза является методикой выбора;
- 3. В связи с наличием минимального количества разрезов при ЕЛД на передней брюшной стенке больные в послеоперационном периоде чувствуют себя комфортно, данная технология является косметически и эстетически эффективным;
- 4. На начальном этапе освоения технологии ЕЛД единственным неудобством во время операции является то, что рабочие инструменты находятся в брюшной полости в одной плоскости, по мере освоения методики данное неудобство самоустраняется.



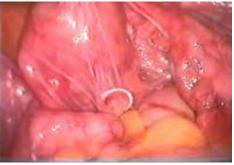


Рис.1

Больная M, 32 г.

Истории болезни № 1010/456. (мигрировавшаяся внутриматочная Диагноз: Инородное тело полости спираль в брюшную полость).

малого таза. Установка «SILS» рогт и инструментов.



Рис.3 Больная А., 27 л. Истории болезни №942/281. Диагноз: Поликистоз обеих яичников. Бесплодие І. Каутеризация яичника из ЕЛД.

Литература:

- 1. Резолюция XIII Съезда «Общество эндоскопических хирургов России», Москва, 19 февраля 2010 г.
- 2. И.П.Захараш, Ю.М.Захараш, Е.В.Усова. Хирургия единого лапароскопического доступа- новое направление миниинвазивной хирургии. Ж.Хирургия Украина,-2010-№3-с.100-109.
- 3. Canes D., Desai M.M., Aron M. et al. Transumbilical single port surgery: evolution and current status // Eur. Urol.— 2008.— Vol. 54, N 5.— P. 1020—1029.
- 4. Curcillo P.G.II, Wu A., Podolsky E.R. et al. Single port access (SPA) cholecystectomy: initial validation of a single incision approach // Surg. Endosc.—2008.—Vol. 22 (suppl 1).—P. 281.
- 5. Desai M.M., Aron M., Canes D. et al. Single port transvesical simple prostatectomy: initial clinical report // Urology.— 2008.— Vol. 72, N 5.— P. 960—965.
- 6. Desai M.M., Stein R., Rao P. et al. Embryonic natural orifice transum\$ bilical endoscopic surgery (ENOTES) for advanced reconstruction: initial experience // Urology.— 2009.— Vol. 73, N 1.— P. 182—187.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Решетов А.В., Мосягин В.Б., Невельский В.В., Коваленко Д.И., Штепа О.Е., Елькин А.В. СЗГМУ им И.И. Мечникова ГБ № 26, Санкт-Петербург

Видеоторакоскопия (ВТС) в последние годы нашла широкое применение. В настоящее время нет торакального хирургического отделения, где бы ни использовались видеоторакоскопические вмешательства. В условиях же многопрофильных больниц данная методика используется еще недостаточно широко. Это, вероятно, связано с нечетким определением места и возможностей применения ВТС в многопрофильном стационаре, а также недостаточным осознанием лечебных и экономических преимуществ от ее использования.

Целью нашей работой явилась попытка, на основе анализа материалов работы одного из многопрофильных стационаров, определить место и возможности использования торакоскопических технологий.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Материалы и методы: на основе статистических данных городской многопрофильной больницы № 26 за период с января 2013г. по июнь 2014г. проведен анализ работы торакальной хирургической службы, оценки возможностей ВТС и ее роли в работе многопрофильного стационара.

Результаты и обсуждение. За указанный период в стационар поступило и пролечено 45778 больных. Из них на отделения хирургии, общетерапевтического и пульмонологического профиля, куда поступает более 95% пациентов, нуждающихся в дальнейшем в консультации и лечении с участием торакального хирурга, пролечено 16753 пациента. Из них 294 (1.8%) нуждались в консультации и лечении с участием торакального хирурга. В данную группу больных не вошли пациенты с травмой груди, которые составили 12.7% от всех больных с сочетанной травмой и нуждались в лечении с участием торакального хирурга. Структура заболеваемости в описываемой группе была следующей. Из 294 больных - 13 пациентов с инфекционной деструкцией легкого, 5 – с эмпиемой плевры, один пациент экстренно оперирован по поводу гнойного медиастинита. Данные пациенты в подавляющем большинстве после диагностики и оказания неотложной помощи переводились в специализированные отделения гнойной торакальной хирургии. 24 пациента поступили с явлениями дисфагии различной степени, из которых онкологические заболевания пищевода выявлены у 16, неопухолевые у 8. В дальнейшем 7 пациентов переведено в специализированное отделение, 17 подвергнуты паллиативному лечению. Опухоли грудной клетки обнаружены у 129 пациентов, из которых злокачественные опухоли легких диагностированы в 121 случае. В эту группу включены пациенты с раком легкого и внутрилегочными метастазами иных солидных опухолей. У пациентов с раком легкого преобладали IV и III стадии заболевания, в связи с чем они после оказания симптоматической помощи и дообследования направлялись в хоспис или онкологические лечебные учреждения. Незначительное количество пациентов с потенциально операбельными стадиями заболевания переведены в специализированные отделения. У 8 больных диагностированы опухоли средостения различного генеза. 49 больных лечились по поводу спонтанного пневмоторакса, у – 73 диагностирован плевральный выпот.

ВТС использована в обследовании и лечении пациентов с плевральным выпотом, спонтанным пневмотораксом и злокачественными новообразованиями грудной клетки, которые в сумме составили более 75% от всех, попадающих в поле зрения торакального хирурга. В основном это были пациенты с плевральным выпотом -11(15%) и пневмотораксом -9(18%). Показаниями к ВТС при пневмотораксе были следующие: отсутствие эффекта от дренирования плевральной полости в течение 7 суток и рецидивирующий характер пневмоторакса. После ревизии плевральной полости и легкого выполняли атипичную резекцию измененного участка легочной ткани с использованием линейного сшивающего аппарата и апикальную костальную плеврэктомию. Доступ осуществлялся из трех торакопортов, время операции составило 55 ± 15 минут. Послеоперационных осложнений не было. Длительность

послеоперационного периода составила от 4 до 6 суток. Другим показанием к проведению ВТС – было подозрение на катамениальный пневмоторакс у женщин. Данное показание за описываемый период было выставлено двум пациенткам. В одном случае оперативное вмешательство ограничилось диагностической торакоскопией, в другом случае была выполнена резекция измененного участка диафрагмы. Диагностическую торакоскопию всем поступающим пациентам со спонтанным пневмотораксом, как рекомендуют некоторые авторы, не проводили, т.к. по нашим данным и данным рандомизированных исследований (Ж.Массард, 2005), (А.Г. Чучалин, 2007) большинство изменений легочной ткани, обнаруженных при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса, не влияют на течение заболевания и частоту его рецидивов.

Другой большой группой пациентов, у которых в лечении использовалась ВТС – пациенты с плевральными выпотами различного генеза. Как правило, ВТС использовалась для диагностики природы плеврального выпота при отсутствии возможности поставить диагноз с использованием более щадящих методик: исследования плевральной жидкости, биопсии плевры иглой Абрамса и др. При верификации злокачественного плеврального выпота вмешательство дополняли частичной костальной плеврэктомией с целью индукции плеродеза. Данное вмешательство использовано в 6 случаях с хорошими отдаленными результатами. В 8 случаях операция сопровождалась разделением спаек, препятствующих расправлению легкого и ластичной декортикацией легкого. В качестве доступа использовали два торакопорта при диагностической процедуре, и три - при плеврэктомии и разделении спаек. Время операции составило от 30 минут, при диагностических вмешательствах, до 90±20 минут при необходимости разделении спаек. декортикации И Послеоперационных осложнений не наблюдали. Длительность послеоперационного периода колебалась от 4 до 12 суток. Обращает на себя внимание высокая диагностическая ценность торакоскопии. Чувствительность ее составила 100%, в то время как чувствительность цитологического исследования плевральной жидкости составила 65%, а биопсии плевры иглой Абрамса – 54%.

Следующим показанием к ВТС служило наличие опухоли средостения. Торакоскопическое вмешательство осуществлялось с целью получения материала для морфологического исследования и оптимизации пути больного к получению специализированной медицинской помощи.. Оперировано четыре пациента, т.е. половина от поступивших. Время оперативного вмешательства во всех случаях не превысило 50 минут, послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений.

Еще одну группу, в обследовании и лечении которых использовали ВТС, составили пациенты с округлыми и очаговыми изменениями в легких. Выполняли диагностическую торакоскопию, биопсию измененных участков легкого. Биопсия осуществлялась путем атипичной резекции измененного

участка легкого в пределах здоровых тканей: в трех случаях с использованием линейного сшивающего аппарата, в двух случаях раневая поверхность легкого после резекции ушивалась вручную. Из них в двух случаях диагностированы метастазы мезенхимальной опухоли, первичная локализация которой впоследствии была обнаружена, в т.ч. благодаря морфологическому и иммуногистохимическому исследованию удаленного препарата. В одном случае диагностированы внутрилегочные метастазы рака легкого, что позволило сократить сроки до назначения пациенту системного лечения и избежать ненужной операции. В другом же, напротив, верифицированы фиброзные изменения, что позволило провести пациенту радикальное хирургическое лечение в условиях специализированного стационара. У одной пациентки верифицирован саркоидоз.

Выводы. Таким образом, ВТС использована у 29 (10%) пациентов торакального профиля. Ee использование позволило существенно пребывание больных в стационаре, оптимальную выбрать лечебную тактику и в случае необходимости сократить сроки до получения специализированной медицинской помощи. Применение видеоторакоскопических технологий должно быть внедрено в работу многопрофильного стационара.

ВАРИАНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ВЫРАЖЕННЫМИ РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Рутенбург Г.М., Лучкин А.Н., Гуслев А.Б., Румянцев И.П., Черепанов Д.Ф., Ерёмин Ю.А., Чухлебова М.А., Султанова Ф.Н. Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

Лапароскопическая холецистэктомия — золотой стандарт современной хирургии. Как правило, практически в 90% плановых и в 70% экстренных случаев данные вмешательства удаётся выполнить с использованием эндовидеохирургических технологий. Но, иногда из-за выраженного рубцового процесса или воспалительных изменений в шейке желчного пузыря, невозможности отчётливой визуализации пузырного протока и пузырной артерии возникают сложности с завершением хирургического операции.

За последние 5 лет в нашей практике мы столкнулись с данной проблемой у 16 пациентов. При этом, 12 пациентов (10 женщин, 2 мужчин) оперированы в экстренном порядке, а 4 пациентки в плановом. Если у оперированных по

экстренным показаниям все сложности были связанными с инфильтративными изменениями в стенке желчного пузыря и инфильтратом в области гепатодуоденальной связки, то в случаях с плановыми операциями за счёт длительного
камненосительства и перенесёнными ранее воспалениями - выраженные рубцовые
изменения. Во всех наблюдениях мы выполнили субтотальную резекцию желчного
пузыря по типу Прибрама, но в отличии от классического варианта мы оставляли
часть шейки желчного пузыря с неклепированным пузырным протоком, если не
удавалось обработать пузырную артерию кровотечение из краёв стенок желчного
пузыря останавливали с применением монополярной и биполярной каогуляции.
Слизистую шейки желчного пузыря по возможности выжигали коагуляцией.
Операцию заканчивали установкой в ложе 2х дренажных трубок, подводя их к
шейке желчного пузыря для формирования наружного желчного свища.

В послеоперационном периоде пациентки получали антибактериальную, инфузионную, противоязвенную терапию. Желчеистечение наблюдалось в 9 случаях. В 6 из них прекратилось на 7-9 сутки, в 2х случаях после исключения патологии со стороны желчных протоков (МРТ) - наружный свищ закрывали на уходящем дренаже на 25 сутки после операции, 1 случае потребовалась выполнение РХПГ с ЭПСТ, у пациентки была выявлена стриктура терминального отдела холедоха. В 7 наблюдениях желчеистечения не было.

Во всех случаях нам удалось добиться выздоровления пациентов.

Таким образом, учитывая наш положительный опыт, считаем, что применение данного метода у больных с острым холециститом, рубцовыми изменениями в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки является целесообразным. Использование данной операции позволяет избежать конверсии доступа у пациентов этой группы, как правило, возрастной (средний возраст наших пациентов 71 год), облегчить послеоперационный период, уменьшить процент послеоперационных осложнений и уменьшить сроки восстановления и реабилитации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К., Салахов К.К., Порсев Г.В.

Менделеевская ЦРБ, г. Менделеевск

Лечение распространенного перитонита – представляет одну из наиболее сложных задач хирургии. Летальность при перитоните остается на высоком уров-

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



не. Основными ее причинами являются продолжающийся воспалительный процесс в брюшной полости и полиорганная недостаточность. Немаловажную роль при этом играют неполноценная санация гнойно-воспалительного очага в брюшной полости, которая считается важнейшим этапом оперативного вмешательства и должна осуществляться с особой тщательностью, поскольку неполноценное ее проведение не может быть восполнено ни антибактериальной ни интенсивной терапией. Особого внимания заслуживает внедрение видеолапароскопии в лечение распространенных форм перитонита. Важное место занимают программированные лапароскопические санации после первичных операций при распространенном перитоните, которые позволяют: санировать брюшную полость, коррегировать расположение дренажей, контролировать состояние кишечных швов и анастомозов. Производить дренирование внутрибрюшных абсцессов.Остановить неинтенсивное внутрибрюшное кровотечение с использованием гемостатических полимерных материалов, либо осуществить клиппирование, коагуляцию, прошивание сосудов. Рассечь сформированные и формирующиеся спайки между органами брюшной полости. Обработать брюшину лазером, ультразвуком.

Накопленный нами опыт проведения санационной лапароскопии позволил разработать показания к ее использованию. К ним относятся: распространенный гнойно-фибринозный перитонит в токсической и терминальной стадии с клиническими проявлениями массивного полимикробного обсеменения. Послеоперационный желчный перитонит в реактивной стадии. Синдром неблагоприятного послеоперационного течения, когда нельзя исключить развитие интраабдоминальных осложнений. Отсутствие возможности адекватной санации во время лапаротомии по каким либо причинам.

Противопоказания к лапароскопической санации: крайне тяжелое состояние больного, связанное с глубокими нарушениями функций жизненно важных органов и систем. Продолжающееся интенсивное внутрибрюшное кровотечение. Несостоятельность кишечных швов.

Относительные противопоказания: нагноение послеоперационной раны. Эвентерация кишечника. Несформировавшиеся кишечные свищи.

Цель исследования: разработка метода программированной лапароскопической санации у больных с распространенными формами перитонита, используя энергию низкочастотного ультразвука.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 211 больных с распространенным перитонитом поступивших в хирургическое отделение с 2005 по 2014 гг. Основную группу составили 37 пациентов которым были проведены лапароскопические санации с использованием низкочастотного ультразвука.

В группу сравнения вошли 174 пациента у которых использовалась традиционная релапаротомия в связи с прогрессированием патологического процесса в брюшной полости. Причины возникновения распространенного перитонита представлены в таблице.

Нозологическая характеристика распространенного перитонита

Причины перитонита	Количество пациентов (основная группа)	Количество пациентов (группа сравнения)	
Острый аппендицит	12 (32,5%)	35 (20%)	
Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	8 (21,5%)	28 (16%)	
Острый холецистит	5 (13,%)	39 (22.5)	
Обтурационная толстокишечная непроходимость	2 (5%)	22 (12.5)	
Перфорация дивертикула Меккеля	1(2%)	1 (0.5%)	
Несостоятельность кишечных анастомозов	2 (5%)	14 (8%)	
Пиосальпинкс	1(2%)	18 (10%)	
Инфицированный панкреонекроз	1 (2%)	8 (5.5%)	
Спаечная кишечная непроходимость	3 (8%)	7 (4%)	
Гнойный оментит	1 (2%)	-	
Проникающее ранение брюшной полости	1 (2%)	2 (1%)	
Итого	37 (100%)	174 (100%)	

Тяжесть состояния больных с распространенным перитонитом определялась по Мангеймскому перитонеальному индексу. Как видно из представленной таблицы, наибольшей группой больных с распространенным перитонитом, которым проводилась лапароскопическая санация брюшной полости имели вторую степень тяжести заболевания, у пациентов третей группы по МПИ методика оказалась неэффективной.

В исследовании использовали отечественный, серийно выпускаемый аппарат ультразвуковой низкочастотный УРСК 7H-18, который состоит из генератора, акустического преобразователя и удлиненного волновода-излучателя, что позволило использовать его при лапароскопии.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Во время лапаротомии, после удаления источника перитонита и санации брюшной полости, пациентам нуждающимся в плановых санациях брюшной полости устанавливали на передней брюшной стенке разработанные нами «модифицированные - лапаропорты» которые отличались нанесенными спиральными выступами, удлиненной формой, выполнением из легкосплавного титана что позволяло не нарушать электропроводимости волновода-излучателя и надежно фиксировать его в передней брюшной стенке а так же использовать его у тучных больных. Количество лапаропортов зависело от источника перитонита и распространенности процесса. После обзорной лапароскопии брюшную полость заполняли асептическим раствором через лапаропорт. Затем проводили «озвучивание» брюшины и органов брюшной полости волноводом-излучателем с защитной насадкой, которая позволяла обрабатывать труднодоступные места и межкишечные пространства без риска повреждения стенки кишки и других органов.

Критериями к прекращению дальнейших санаций служили: небольшое количество серозного или серозно - геморрагического экссудата, отсутствие или незначительное количество наложения фибрина. Отсутствие выраженных воспалительных изменений со стороны париетальной брюшины, восстановление моторной функции кишечника.

Результаты. После «озвучивания» брюшной полости в 21(56%) случае роста микрофлоры не обнаружено, в остальных случаях число колониеобразующих единиц уменьшилось в 4-7 раз, чувствительность микроорганизмов к антибиотикам увеличилась в 9 (23%) наблюдениях.

Предложенный способ лапароскопической санации позволил снизить летальность на 12% и развитие послеоперационных осложнений на 8%, по сравнению с контрольной группой у больных 2 степени тяжести перитонита по МПИ.

Вывод: разработанный способ программных видеолапароскопических санаций брюшной полости с применением низкочастотного ультразвука у больных с распространенным перитонитом оказывает выраженный бактерицидный и бактериостатический эффект. Согласно разработанным показаниям, метод может использоваться в комплексном лечении распространенного перитонита как современный и эффективный вариант воздействия на инфекционный процесс в брюшной полости.

Недостатками лапароскопической санации являются – низкая ее эффективность при тотальной бактериальной контаминации с обильными фибринозными наложениями. Наличие паралитической кишечной непроходимости и выраженный спаечный процесс, ограничивающий обзор брюшной полости, так же не позволяют адекватно произвести санацию. Отсутствие возможности интубации тонкой кишки, если она не произведена во время лапаротомии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ПАХОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИМПЛАНТАТОВ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ТИПО-РАЗМЕРОВ

Сбродов М.И., Богданов Д.Ю., Курганов И.А., Кумуков М.Б. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

В современной герниологии, в том числе при хирургическом лечении паховых грыж, применяется множество видов имплантационных систем для лечения различных видов грыж брюшной стенки. Однако при интеграции плоского имплантата отсутствует плотное прилегание сетки к поверхности паховой области, в соответствие с анатомическим рельефом последней, что является одной из причин формирования после паховой лапароскопической аллогерниопластики сером и рецидивов. С другой стороны необходимость фиксации имплантата при паховой лапароскопической герниопластики также является причиной развития у пациентов каузалгий. В настоящее время среди имплантатов для герниопластик имеется объемный полипропиленовый имплантат 3DMax® Mesh (Bard Davol Inc.) для паховой лапароскопической герниопластики. который изогнут в 3-х плоскостях в соответствии с анатомической поверхностью паховой области, армирован по периметру уплотненной полипропиленовой струной, имеет закругленную, оваловидную форму и три типо-размера «Medium» (8,5 см на 13,7 см), «Large» (10,8 см на 16 см) и «Extra Large» (12,4 см на 17,3 см). Форма имплантата обеспечивает плотное прилегание последнего к зоне интеграции, а струна из уплотненного полипропилена позволяет сохранять форму и предотвращать смещение сетки, т.е. позволяет отказаться от фиксации имплантата. Однако проблемой применения данного имплантата, которая выявляется уже при выполнении лапароскопических паховых герниопластик, о чём свидетельствует и наш собственный первый опыт, является необходимость подбора правильного типо-размера имплантата, исходя из конституциональных особенностей пациента на дооперационном этапе. Ошибка при определении типоразмера данного имплантата приводит к необходимости коррекции его размеров, что не предусматривается технологическими особенностями самого имплантата. К сожалению обоснованных данных о соответствии типо-размеров имплантата 3DMax® Mesh конституциональным особенностям человеческого тела мы не смогли найти, что и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования: исследование возможностей применения при паховой лапароскопической герниопластики определенных типо-размеров анатомически адаптированного имплантата 3DMax® Mesh.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Материалиметодыисследования. Было выполнено 90 экспериментальных, антропометрических исследований. Измерялись расстояния между несколькими топографо-анатомическими ориентирами передней брюшной стенки: расстояние от края лонного сочленения до крыла подвздошной кости - отрезка с; угол между отрезком с и горизонтальным отрезком b, который проводился от нижней точки отрезка с до пересечения с отрезком а – вертикальным отрезком, идущим от крыла подвздошной кости – угол α; отрезок с₁, который был на 3 см короче отрезка с, что было связано с техническим моментом выполнения лапароскопической паховой аллогерниопластики, при которой создание пространства для имплантата и размещение последнего производят отступя 3 см от крыла подвздошной кости.

Результаты исследования. Полученные данные позволили математически рассчитать значения средней площади треугольника авс,, располагающего в подвздошно-паховой области. При виртуальном достроении треугольника авс, до прямоугольника, мы получали ориентировочную зону интеграции имплантата, которая условно захватывает медиальную, латеральную паховые и бедренную ямки. Учитывая полученные значения площади треугольника аbс, была рассчитана площадь прямоугольника (S_n) путем простого удвоения площади треугольника авс. При расчетах была определена средняя площадь получаемого прямоугольника (S_{ncp}). Площадь применяемого имплантата 3DMax ® Mesh по максимальным типо-размерам в двухмерной системе координат (S_{max}) значительно превышает размеры не только зоны грыжевого дефекта, но размеры и площадь зоны интеграции имплантата, которую получают в ходе диссекции при лапароскопической паховой герниопластике. Фактическая площадь имплантата $(S_{_{th}})$ (объекта неправильной формы) будет меньше максимальной площади в двухмерной системе координат (S_{max}) в среднем на 20%. Данная фактическая площадь имплантата (S_{ϕ}) в каждой конституциональной группе не должна быть меньше средней площади получаемого прямоугольника (S_{nep}) и последний должен полностью вписываться по своим максимальным размерам в контуры имплантата неправильной формы, не выходя за границы последнего и совпадая по контуру минимум по двум точкам касания.

При проведении виртуального моделирования (программа Sketchup Make, v.3.0.4812) путем наложения объекта неправильной формы (имплантат 3DMax® Mesh) и плоскостного объекта - прямоугольный объект с определенной площадью, которая и является эффективной площадью имплантата (S_3) друг на друга нами были получены следующие результаты: типо-размер «Medium» можно использовать у групп пациентов долихоморфного и мезоморфного типа телосложения, т.к. эффективная площадь использования имплантата (S_3) больше по своим значениям в среднем в 1,43 раза и в 1,16 раза, чем соответствующие значения площадей, полученных в результате антропометрических измерений прямоугольника (S_{nen}) при данных типах телосложения; типо-размер «Medium»

нельзя использовать у пациентов брахиморфного типа телосложения, т.к. эффективная площадь использования имплантата (S_3) меньше по своим значениям в среднем в 0,89 раза, чем значения площади, полученной в результате антропометрических измерений прямоугольника (S_{ncp}) при данном типе телосложения; типо-размер «Large» и «Extra Large» можно использовать при всех трех типах телосложения, т.к. эффективная площадь использования имплантата (S_3) больше по своим значениям, чем значения площадей, полученных в результате антропометрических измерений прямоугольника (S_{ncp}). Однако при практическом применении полученных результатов сохраняется вероятность необходимой коррекции типо-размеров «Large» и «Extra Large» имплантатов 3DMах® Mesh у пациентов долихоморфного и мезоморфного типа телосложения, что не допускается технологическими особенностями самого имплантата — армирование по контуру струной из уплотненного полипропилена.

Для проведения сравнительного анализа за эталонные значения размеров имплантата для паховой герниопластики были взяты размеры 8.0 см на 12.0 см, т.е. минимально допустимые размеры прямоугольного имплантата, т.к. уменьшение подобных размеров имплантата влечет за собой увеличение частоты рецидивирования грыж до 52%. При дальнейшем анализе полученных результатов нами был учтен основной принцип определения необходимых, достаточных, размеров имплантата в хирургии паховых грыж – размеры последнего должны превышать размеры грыжевого дефекта минимум на 1,5 см, максимум на 3,0 см по всему периметру грыжевого дефекта. Площадь прямоугольного имплантата составляет 96 см², при его минимально допустимых размерах, а при учете принципа достаточности размеров имплантата, его минимальная площадь составит 165 см², а максимальная – 252 см². Таким образом минимальный предел отношения площадей имплантатов равен 1,72; максимальный предел – 2,63, а медиана отношений 2,18. При определении отношения площадей S₂ определенного типо-размера имплантата 3DMax® Mesh к $S_{\text{пср}}$ данного и других типо-размеров имплантата было определено, что данное отношение равно: 1,44 для типо-размера «Medium» при применении у долихоморфов, 1,18 – при применении у мезоморфов и 0,89 – при применении у брахиморфов; 2,23 для типо-размера «Large» при применении у долихоморфов, 1,82 – при применении у мезоморфов и 1,39 – при применении у брахиморфов; 2.71 для типо-размера «Extra Large» при применении у долихоморфов, 2.18 при применении у мезоморфов и 1,67 – при применении у брахиморфов.

Сравнение полученных значений отношения площадей со значениями min, тах предела и медианы колебаний значений отношения площадей имплантатов позволило сформулировать нижеследующие практические рекомендации по выбору типо-размера имплантата 3DMax® Mesh: возможность применения типо-размера «Medium» у долихоморфов, мезоморфов и брахиморфов — отсутствует, т.к. существует вероятность возникновения

рецидива грыжи из-за «малых размеров имплантата»; применение типоразмера «Large» у долихоморфов и мезоморфов допустимо, при существующей низкой вероятности необходимости коррекции размеров имплантата при долихоморфном типе телосложения, а у брахиморфов - невозможно т.к. существует вероятность возникновения рецидива грыжи из-за «малых размеров имплантата»; применение типо-размера «Extra Large» у долихоморфов и брахиморфов не возможно из-за соответственно вероятной необходимости коррекции размеров имплантата и вероятного развития рецидива грыжи из-за «малых» размеров имплантата, а у мезоморфов — допустимо и оптимально.

Выводы. Полученные в ходе экспериментального исследования результаты свидетельствуют о возможности применения при выполнении лапароскопической герниопластики имплантата 3DMax® Mesh типо-размера «Large» у больных с долихоморфным и мезоморфным типом телосложения, типо-размера «Extra Large» - у больных с мезоморфным типом телосложения. Типо-размер «Medium» имплантата 3DMax® Mesh не может применяться для лапароскопической паховой герниопластики у больных всех трех типов телосложения из-за несоответствия данного типо-размера требованиям, предъявляемым к размерам имплантата, что может являться причиной формирования рецидива грыжи вследствие «малых» размеров имплантата.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Сигуа Б.В., Рутенбург Г.М., Дюков А.К., Данилов А.М. Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы наблюдается рост количества дорожнотранспортных происшествий и террористических актов, что закономерным образом ведет к росту закрытой абдоминальной травмы (Алимов А. Н. 2006, Галкин Р.А. 2008, Ермолов А.С. 2010, Максин А. А. 2010, Вескіпдат І.Ј. 2001). Повреждения паренхиматозных органов в структуре абдоминальной травмы составляют 56–66,8% с осложненным течением в 37–45% случаев и уровнем летальности до 30–44% без тенденции к снижению (Чирков Р. Н. 2006, Гуманенко Е.К. 2008, Урман М. Г. 2009, Тапweer К. 2010).

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с закрытыми повреждениями печени путем разработки и внедрения диагностической и лечебной лапароскопии в условиях многопрофильного стационара.

Проанализированы Материалы И методы. результаты лечения 447 пострадавших с закрытой травмой живота и повреждением печени, госпитализированных в хирургические отделения Елизаветинской больницы с 1991 по 2010 гг. Постралавшие находились в возрасте от 17 до 81 года: до 44 лет – 355 (79,4%) человек, от 45 до 59 лет – 69 (15,5%) пострадавших, от 60 до 74 лет – 18 (4,0%) пациентов, старше 75 – 5 (1,1%) человек. При этом 78% составили мужчины. В 165 (36,9%) случаях отмечался криминальный характер повреждений печени. Большинство пострадавших было госпитализировано в первые 6 ч. от момента получения травмы, что составило 372 (83,2%) пострадавших; в течение последующих 7-24 ч. в стационар доставлено 43 (9,6%) пациентов; более чем через сутки обратилось еще 32 (7.2%) пострадавших. В состоянии шока было доставлено 270 (60,4%) пострадавших: шок I степени был отмечен в 61 (13,6%) случае; шок ІІ степени диагностирован в 73 (16,3%) наблюдениях; шок III степени выявлен у 72 (16,1%) пострадавших. В терминальном состоянии доставлено 48 (10,7%) пациентов. В состоянии эндотоксического шока госпитализировано 16 (3.6%) человек.

Результаты и их обсуждение: Специфических клинических симптомов у пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени выявлено не было. Основными причинами «смазанности» клинической картины следует считать повреждение других анатомических областей, а также экзогенную интоксикацию, которая была отмечена в 106 (23,7%) случаях.

Диагностическая лапароскопия выполнена 324 (72,5%) пострадавшим. При этом показания к лапаротомии были выставлены у 278 (85,8%) пострадавших. В 16 (4,9%) наблюдениях во время диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени I–II степени по классификации Е. Мооге (1994) с продолжающимся кровотечением из паренхимы, которое было остановлено с помощью эндовидеохирургических методик. Гемостаз достигался при помощи электрокоагуляции. Брюшная полость санировалась с последующим обязательным дренированием. У 20 (6,2%) пострадавших диагностированы повреждения печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости. Однако следует отметить, что в 10 (3,1%) наблюдениях во время диагностической лапароскопии выявить повреждения не удалось, в связи с повреждением труднодоступных сегментов печени. Основной причиной диагностических ошибок являлся отказ от ревизии печени и постановки контрольного дренажа во время диагностической лапароскопии.

Вгруппепострадавших, которымосуществлялся эндовидеохирургический гемостаз, летальных исходов не было. Однако были отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 1 пострадавшего; пневмония диагностирована в 5 случаях у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, после длительной искусственной вентиляции легких; а также неинфекционные осложнения у 2 пострадавших после трепанации черепа. Средний койко-день для изолированной закрытой травмы живота с повреждением печени составил 6,3±1,2 дня, для сочетанной травмы с повреждением печени 12,0±4,0 дня.

Таким образом, диагностическая лапароскопия является золотым стандартом в диагностике травм живота, а эндовидеохирургический гемостаз показан гемодинамически стабильным пострадавшим с тяжелыми повреждениями органов живота при повреждениях печени I–II степени по классификации E. Moore.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Синявский Э.А., Лодыгин А.В., Фахрутдинов А.М. Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург

До сих пор лечение больных с эмпиемой плевры представляет сложную проблему для хирургических стационаров. Высокая летальность, частый переход в хроническую форму, инвалидизация в большинстве случаев трудоспособного возраста больных, свидетельствует о трудностях в лечении данной категории пациентов. В настоящее время видеоторакоскопия является перспективным методом в лечении данной патологии и приводит к излечению в 90% наблюдений.

Эмпиема плевры в большинстве случаев является осложнением воспалительных и гнойно-деструктивных заболеваний легких, травм и оперативных вмешательств на органах грудной клетки. По данным отечественных и зарубежных исследователей, сокращение частоты острых гнойно-деструктивных заболеваний легких, осложненных эмпиемой плевры не наблюдается. При этом летальность составляет 7,2% — 28,3%.

Нами проведено видеоторакоскопическое лечение острых эмпием плевры у 17 больных. У 14 пациентов эмпиема плевры явилось осложнением гнойно-деструктивных заболевании легких и плевропневмонии, у 3-посттравматического свернувшегося гемоторакса. Диагностика эмпиемы плевры проводилась комплексно (рентгенография, СКТ, УЗИ груди и пункция

плевральной полости). После верификации диагноза выполнялась лечебная видеоторакоскопия в срочном порядке в 70% случаях. У остальных, более тяжелых больных, осуществлена отсроченная видеоторакоскопия после стабилизации состояния (проводилось дренирование плевральной полости и комплексная интенсивная терапия).

Лечебная торакоскопия включала в себя тщательную санацию плевральной полости антисептиком «лавасепт» под контролем эндоскопа, удаление некротических масс, аргоно-плазменную обработку стенок эмпиемной полости, частичная декортикация и плеврэктомия с использованием аппаратов «гармоник», « лигашу». Операция завершалась постановкой двух дренажей в плевральную полость. Ни у одного больного не была выполнена конверсия в торакотомию и не потребовалось повторных операций.

Кроме того, больные получали комплексное интенсивное и антибактериальное лечение с учетом чувствительности возбудителей к антибиотикам.

Сроки послеоперационного лечения больных после срочной видеоторакоскопии составили от 6 до 13 дней, а после отсроченных - в среднем 3 недели.

Наш небольшой опыт и данные исследования ряда специализированных лечебных учреждений показывает эффективность выполнения срочных видеоторакоскопических операций при лечении острой эмпиемы плевры. Максимально ранние сроки операции, соблюдение методики выполнения, использование современного оборудования позволяют сократить сроки послеоперационного лечения, избежать осложнений, повторных операций, сохранить трудоспособность без изменения категории годности.

ТОТАЛЬНАЯ ПАРИЕТАЛЬНАЯ ПЛЕВРЭКТОМИЯ СПОСОБОМ «ЛЕКАЛО» В ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОМ ПОСОБИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Соколов С.А., Коржук М.С., Гершевич В.М. ОмГМА, ГКБ №1 им. Кабанова А.Н., г. Омск

Аннотация. Спонтанный пневмоторакс (СП) является важной проблемой интервенционной пульмонологической практики / торакальной хирургии; может иметь место у пациентов как без основной очевидной легочной патологии

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



(первичный спонтанный пневмоторакс) так у пациентов, страдающих от известной конкретной болезни легких (вторичный спонтанный пневмоторакс). Проблема обсуждается давно, тем не менее, ряд факторов, касающихся особенностей лечения, и по настоящее время являются предметом серьезного обсуждения в литературе. Особое место занимает вопрос выбора оптимального метода противорецидивного пособия. Исследования последних лет показывают, что большинство отечественный и зарубежных авторов указывает именно на париетальную плеврэктомию, как на наиболее належный способ достижения плеврального симфиза.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, лечение пневмоторакса, видеоторакоскопия, плевродез, плеврэктомия.

Цель исследования. Улучшение оказания специализированной помощи пациентам с первичным спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2013 г в условиях отделения торакальной хирургии БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.» (Омск) оперировано 348 пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом. Выполнено собственно 358 видеоторакоскопических пособий и пособий малого доступа с видеоторакоскопическим ассистированием (VATS). Согласно принятому в отделении алгоритму, оперативное пособие в большинстве случаев (324 пациента) выполнялось уже после первого эпизода спонтанного пневмоторакса.

Риск рецидива первичного спонтанного пневмоторакса, после первого же эпизода, составляет в среднем свыше 40%. Это достаточно высокий показатель. Не говоря уже о прогрессивно возрастающих рисках после последующих эпизодах. [1-8]. Все это определяет дальнейшее течение процесса как «лотерею», что вносит большие неудобства в дальнейшую жизнь пациента. Также смена профессиональной деятельности, вплоть до полного отказа от физических нагрузок, никоим образом, исходя из наших результатов многолетнего наблюдения за пациентами, не влияли на снижение риска первого эпизода или рецидивирования пневмоторакса.

Наличие или отсутствие булл никоим образом не влияет на вероятность как первого эпизода коллапса легкого, так и рецидива [9]. Компьютерная томография, в свою очередь, не позволяет визуализировать воздушные патологические полости в легком с диаметром менее 10 мм, тем более нет возможности визуализировать при сканировании зоны плеврального пороза / дегенерации.

Мы считаем, что радикально оперировать пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом необходимо уже после первого же эпизода. Под радикальностью мы понимаем точную визуальную оценку состояния эндогемиторакса, ликвидацию подозрительного морфологического субстрата, противорецидивного биопсию легкого, плевры, выполнение

Видеоторакоскопия, проводимая в условиях общей анестезии и раздельной вентиляции легких, включающая в себя устранение определяемых изменений паренхимы и плевродез, является единственным приемлемым подходом в лечении таких пациентов [9, 11-13].

Иссечение париетальной плевры известно в торакальной хирургии как наиболее надежный способ среди прочих по достижению плевродеза, и, как следствие, наиболее эффективный в противорецидивных мероприятиях [14-17]. Иссечение листка париетальной плевры проводится, как правило, неконтролируемо, в плане распространения на средостение, сосуды и нервные проводящие пути и сплетения, на диафрагму, плевральный синус. Традиционные способы плеврэктомии характеризуются достаточно большой кровопотерей при её выполнении, большой длительностью, опасностью повреждения крупных сосудов, формированию в постоперационном периоде субплевральных «карманов» и субплевральных гематом, нарушению подвижности купола диафрагмы [18, 1].

Задачей нашего способа является устранение существенных недостатков традиционных способов плеврэктомии: уменьшение контрфизиологических нюансов плеврэктомии, повышение безопасности технического выполнения, нивелирование отдаленных ограничительных изменений в гемитораксе.

Поставленная задача решается тем, что плеврэктомия выполняется с формированием четко очерченного по всему периметру лоскута, в виде «лекала», с лимитированной зоной иссечения париетальной, исключительно костальной плевры, плеврэктомия выполняется тотально — от купола плевральной полости до уровня 10 межреберья, листок париетальной плевры удаляется наматыванием последнего на эндоскопический зажим.

Современное оперативное вмешательство при данной патологии ассоциируется с видеоторакоскопией или видеоассистированной операцией из миниторакотомного доступа (VATS). Операция проводится в условиях общей анестезии. Пациент размещается в постолатеральном положении, как при стандартной торакотомии. Троакар диаметром 10 мм вводится через восьмое межреберье по задней аксиллярной линии, устанавливается тубус эндоскопа Хопкинса с торцевой оптикой. Два дополнительных порта устанавливаются под непосредственным обзором: троакар 10 мм через пятое межреберье по средней подмышечной линии, отступая от края большой грудной мышцы, аналогичный троакар на 10 мм в шестом — седьмом межреберье по передней подмышечной линии.

Способ тотальной плеврэктомии выполняется от купола до уровня 10 межреберья с предварительным формированием четко лимитированного со всех сторон фрагмента — «плеврального лекала». Рассечение плевры выполняется электродом типа «крючок». Секция начинается на уровне впадения в грудную полость венозного брахицефального ствола справа, подключичной вены

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



слева. Рассечение проводится в дорсальной плоскости паравертебрально вниз до уровня 10 межреберья, отступая 1,5 см от плечевого сплетения и симпатического ствола; вверху секция продолжается парастернально, отступая 1,5 см от внутренней грудной артерии; эти две линии секции соединяются в апикальной зоне в проекции 1 ребра, огибая названные сосуды, нервные сплетения. В нижней зоне паравертебрального рассечения плевры выполняется формирование угла с направлением по соответствующему межреберью. Образованные таким образом две плевральные «створки» (в проекции 1 ребра и в проекции нижней границы плевротомии) соединяются. Собственно способ плеврэктомии заключается в наматывании плеврального листка на эндоскопический зажим и отслоении его, таким образом, от грудной стенки. Настоящий способ существенно облегчает начальный, наиболее опасный, этап плеврэктомии, создает условия для точного попадания в слой, подлежащий несанкционированного иссечению, предохраняет ОТ распространения препарируемого лоскута на корень легкого, средостение, сосудисто-нервный пучок верхнего средостения, область плеврального синуса, диафрагму, позволяет не использовать дополнительный порт и дополнительный инструмент. Формируемый лоскут – «лекало» позволяет точно отмерить границы удаляемой плевры – исключительно костальной плевры, предупредить неконтролируемое распространение зоны препаровки и, соответственно, повреждение сосудистонервных элементов, формирование «карманов» с последующим скоплением в них крови и экссудата, позволяет сохранить подвижность купола диафрагмы (так же за счет предупреждения облитерации и деформации плеврального синуса), повысить радикальность противорецидивного пособия за счет более полного симфиза плевральной полости (без ущерба для механики дыхания).

Результаты и обсуждения. Метод плеврэктомии, в предложенном варианте исполнения, является наиболее надежным способом достижения плевральной облитерации. При выполнении плеврэктомии сторого по технологии мы не встретили ни одного случая рецидивирования процесса.

Собственно госпитальный период протекал существенно легче для пациента ввиду низкой интраоперационной кровопотере (в среднем 70 мл \pm 20), что существенно ниже показателей приведенных в мировой литературе. Дренирование плевральных полостей по времени составляло 4 суток \pm 2. Основной проблемой подобных вмешательств является кровотечение и формирование пристеночных (чаще всего апикальных) свертков крови. Данная методика позволила снизить количество подобных проблем до 2,1 и 1,1 % соответственно.

В отдаленном периоде мы отметили значительное снижение числа таких нежелательных эффектов как смещение вверх купола диафрагмы, фиксацию латерального ската диафрагмы к грудной стенке с облитерацией собственно синуса, что объективизировалось при выполнении мультиспиральной

компьютерной томографии грудной клетки. Лишь у 4 % пациентов наблюдались плевральные наложения. Все это не может не сказаться положительно на механике дыхания. Спирография, проводимая в сроки 1, 6, 12 месяцев после выписки пациента, не регистрировала значимых рестриктивных изменений.

Выводы. Метод париетальной плеврэктомии, в предложенном варианте исполнения, является наиболее надежным способом достижения плевральной облитерации, позволяет значительно снизить частоту осложнений процедуры без ущерба для надежности создаваемого плеврального симфиза, наиболее выигрышен в плане влияния на механику дыхания, наименее изменяет в долгосрочной перспективе архитектонику и объем заинтересованного гемиторакса.

Патент на изобретение № 2472448. «Способ тотальной плеврэктомии в противорецидивном пособии при первичном спонтанном пневмотораксе». Заявка № 2011129531. Приоритет изобретения 15 июня 2011. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 января 2013.

Литература:

- 1. Баранов В. А. О спонтанном пневмотораксе при единственном легком / В. А. Баранов // Грудная хирургия. 1983. № 2. С. 88-2.
- 2. Васильев В. Н. Спонтанный пневмоторакс (этиология, диагностика, лечение) / В. Н Васильев, Ю. К. Шаров // Вестник хирургии. 1989. № 6. С. 132-134.
- 3. Высоцкий А. Г. Клинико-анамнестическая характеристика больных с буллезной эмфиземой легких и спонтанным пневмотораксом / А. Г. Высоцкий // Хирургия Украины. 2006. № 2. С. 37-41.
- 4. Комаров Р. Н. Тактика лечения больных с рецидивирующим спонтанным пневмотораксом: необходимо ли активное хирургическое лечение / Р. Н. Комаров, В. Ю. Горшков, Н. В. Комаров // Вестник хирургии. 2005. № 5. С. 11-13.
- 5. Кутушев Ф. Х. Лечебная тактика при спонтанном пневмотораксе / Ф. Х. Кутушев, Н. В. Мичурин, А. П. Соринов, В. В. Челенко // Вестник хирургии. 1990. № 1. С. 32-34.
- 6. Муромский Ю. А. Патогенез и непосредственные исходы хирургического лечения спонтанного неспецифического пневмоторакса / Ю. А. Муромский, Э. С. Бинецкий, А. А Харькин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1993. № 4. С. 34-38.
- 7. Осийский И. Ю. Спонтанный пневмоторакс у больных фтизиохирургической клиники / И. Ю. Осийский, Д. Б. Резник // Проблемы туберкулеза. 1988. № 2. С. 71-72.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



- 8. Baumann M. H. Management of spontaneous pneumothorax / M. H. Baumann, C. Strange, J. E. Heffner, R. Light, T. J. Kirby, J. Klein et al. // An. American College of Chest Physicians. Delphi Consensus Statement. Chest.-2001.-Vol. 119.-P. 590-602.
- 9. Noppen M. Pneumothorax / M. Noppen, F. Schramel // Eur. Respir. Monogr. -2002.-Vol. 7.-P. 279-296.
- 10. Noppen M. Fluorescein-enhanced autofluorescence thoracoscopy in patients with primary spontaneous pneumothorax / M. Noppen, T. Dekeukeleire, S. Hanon et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. -2006.-Vol. 174.-P. 26-30.
- 11. Noppen M. Treatment of spontaneous pneumothorax: does cause matter? / M. Noppen: Monaldi Arch. Dis. // Chest. -2001.-Vol. 56.-P. 344-348.
- 12. Noppen M. Do blebs cause primary spontaneous pneumothorax? Con: Blebs do not cause primary spontaneous pneumothorax / M. Noppen // J. Bronchol. -2002.-Vol. 9.-P. 319-325.
- 13. Northfield T. C. Oxygen therapy for spontaneous pneumothorax / T. C. Northfield // Br. Med. J. -1971.-Vol. 4.-P. 86-88.
- 14. Ferguson L. J. Excision of bullae without pleurectomy in patients with spontaneous pneumothorax / L. J. Ferguson, C. W. Imrie, J. Hutchison // Bronchoscopy J Surg.-1981.-Vol. 68.-P. 214-216.
- 15. Hatz R.A. Long-term results after video-assisted thoracoscopic surgery for first-time and recurrent spontaneous pneumothorax / R. A. Hatz, M. F. Kaps, G. Meimarakis, F. Loezhe, C. Muller, H. Furst // Ann. Thorac. Surg.-2000.-Vol. 70.-P. 253-257.
- 16. Horio H. Impact of additional pleurodesis in video-assisted thoracoscopic bullectomy for primary spontaneous pneumothorax/H. Horio, H. Nomori, R. Kobayashi, T. Naruke, K. Suemasu // Surg. Endosc.-2002.-Vol. 16.-P. 630-634.
- 17. Loubani M. Video-assisted thoracoscopic bullectomy and acromycin pleurodesis: an effective treatment for spontaneous pneumothorax / M. Loubani, V. Lynch // Resp Med. -2000.-Vol. 94.-P. 888-890.
- 18. Gaensler E. A. Parietal pleurectomy for recurrent spontaneous pneumothorax / E. A. Gaensler // Surg. Gynecol. Obstet. -1956.-Vol. 102.-P. 293–308.
- 19. Nathanson L. K. Videothoracoscopic ligation of bulla and pleurectomy for spontaneous pneumothorax / L. K. Nathanson, S. M. Shimi, R. A. Wood, A. Cuschieri // Ann. Thorac. Surg. -1991.-Vol. 52.-P.316–319

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ЖИВОТА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Терехин А.А. МКНЦ, Москва

Цель – улучшение результатов лечения больных с грыжами живота путем выполнения лапароскопических операций.

Материал и методы. Изучены ближайшие результаты лечения 557 больных с грыжами живота, оперированных в период с 2011 по 2014 годы. Мужчин было 234 (42%), женщин – 323 (58%). Возраст больных составил от 17 до 87 лет. Больных с вентральными грыжами было 398, паховыми – 159, больные с пупочными грыжами не учитывались. При паховых грыжах выполняли пластику Литенштейна, местными тканями и лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную пластику (ТАПП), при вентральных грыжах – onlay методики, пластику местными тканями и лапароскопическую пластику (IPOM).

Результаты и обсуждение. С 2012 года в хирургическом отделении стали выполняться лапароскопические операции на пищеводе, желудке, печени, поджелудочной железе, кишечнике, что кардинально изменило подходы и к лечению больных с грыжами. При паховых грыжах операцией выбора стала ТАПП, при вентральных – IPOM. До 2012 года лапароскопические операции при грыжах не выполнялись. После внедрения малоинвазивных технологий с паховыми грыжами оперировано 119 больных, из них 87 (73%) – лапароскопически, с вентральными грыжами оперированы 196 больных, 84 (42%) - лапароскопически. При открытых методах пластики по поводу паховой грыжи средний койко-день составил 8,1, при ТАПП – 1,2, по поводу вентральной грыжи при открытых методах - 14,2, при IPOM - 4,3. После открытых операций при вентральной грыже раневые осложнения были у 120 (38%) больных, после лапароскопических – у 3 (3,6%) больных потребовалась пункция серомы под контролем УЗИ через 3 месяца после операции.

Заключение. Таким образом, внедрение лапароскопических операций при грыжах в общехирургическом отделении позволило улучшить результаты лечения больных за счет значительного уменьшения времени пребывания в стационаре и числа раневых осложнений.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Тулупов А.Н., Синенченко Г.И.

СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель: улучшение результатов лечения пострадавших с изолированной и сочетанной травмой груди путем применения лечебно-диагностической видеоторакоскопии как малоинвазивного оперативного вмешательства.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения в период с 2002 по 2013 г. 454 пострадавших с изолированными и сочетанными колото-резаными ранениями и закрытыми повреждениями груди. Среди них было 68 женщин и 368 мужчин. Возраст составлял от 18 до 75 лет. У двух третей пациентов обеих групп имелись колото-резаные ранения груди, у остальных – закрытая травма. Приблизительно у одной их половины повреждения были сочетанными и множественными, у второй половины – изолированными одиночными. У 2/3 пациентов травма груди сопровождалась шоком, причем у каждого третьего из них констатирован шок II-III степени. Доминирующие и конкурирующие повреждения груди при сочетанной травме в обеих группах встречались в 2 раза чаще недоминирующих. 321 пациентом проводили традиционное обследование и лечение без применения торакоскопии (группа сравнения). 133 пострадавшим традиционное лечение дополнялось проведением в соответствии с изложенными ниже принципами видеоторакоскопии (основная группа). Видеоторакоскопию выполняли под общим обезболиванием с интубацией трахеи.

Результаты и их обсуждение. При изолированной травме груди на фоне отсутствия критических нарушений витальных функций (прежде всего дыхания и кровообращения) и показаний для экстренной торакотомии после выявления клинико-рентгенологических признаков среднего или большого гемоторакса лечебно-диагностическая видеоторакоскопия может быть проведена практически всегда. Дело обстоит по-другому, если необходимость в проведении эндовидеохирургических операций (видеоторакоскопии, видеолапароскопии и их обеих последовательно вместе) возникает у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди на фоне травматического шока в условиях нестабильной гемодинамики и дефицита времени. В связи с этим нами разработаны, апробированы и применяются в клинической практике следующие принципы использования эндовидеохирургических вмешательств при сочетанной травме груди и живота, сопровождающейся шоком: очередность выполнения эндовидеохирургических и других оперативных вмешательств в строгом соответствии с принципом до-

минирования повреждений, проведение всех эндовидеохирургических вмешательств только под общим обезболиванием с интубацией трахеи, использование видеоторакоскопии только при прогнозе, благоприятном для проведения оперативных вмешательств, возможность проведения лечебно-диагностической видеолапароскопии при любом прогнозе, проведение видеолапароскопии при травме живота в сочетании с травмой груди с гемопневмотораксом только после адекватного дренирования плевральной полости, обеспечение полного удаления патологических жидкостей и свертков крови из плевральной и брюшной полостей, выявления и устранения повреждений внутренних органов, полного гемостаза и аэростаза, адекватного направленного дренирования полостей. На основании сведений литературы и собственного клинического опыта нами установлено, что наиболее оптимальными показаниями для видеоторакоскопии при травме груди, в том числе сопровождающейся шоком, являются: средний и большой гемоторакс, продолжающееся внутриплевральное кровотечение с выделением по дренажам из плевральной полости крови в количестве менее 500 мл в час, проникающие ранения груди в проекции сердца и крупных сосудов (в «кардиальной» зоне) при отсутствии убедительных признаков тампонады сердца и напряженной гематомы средостения, проникающие ранения груди в «торакоабдоминальной» зоне, нарастающая и напряженная эмфизема средостения, некупируемый напряженный пневмоторакс, стойкий, не купируемый в течение 3-х суток после травмы, и рецидивирующий пневмоторакс, свернувшийся гемоторакс давностью до 2 недель, инородные тела плевральной полости, легкого и средостения. В качестве рубикона, ограничивающего возможности торакоскопии у пострадавших с травмой груди (в особенности сочетанной шокогенной, на фоне централизации кровообращения и неустойчивых гемодинамических показателей, кровопотери из-за наличия других источников в животе, местах перелома костей и т. д.) при продолжающемся внутриплевральном кровотечении взяты 500 мл/час. т. к. при более высоком темпе кровотечения слишком велика вероятность эндоскопического выявления источника кровотечения, потребующего конверсии и запоздалой торакотомии.

Противопоказаниями для торакоскопии при изолированной и сочетанной травме груди считали следующие: тотальный гемоторакс, профузное внутриплевральное или легочное кровотечение, тампонада сердца, убедительные признаки ранения крупных сосудов и трахеи, напряженный или некупируемый пневмоторакс на противоположной стороне груди, неблагоприятный или сомнительный прогноз для проведения оперативных вмешательств при травматическом шоке, наличие неустраненных доминирующих угрожающих жизни повреждений другой локализации, обширные повреждения или нагноения мягких тканей груди, облитерация плевральной полости.

Во время видеоторакоскопии производили удаление жидкого и свернувшегося гемоторакса, ревизию стенок плевральной полости и внутренних ор-

ганов, остановку кровотечения из межреберных сосудов, внутренней грудной артерии и непарной вены, шов раны легкого и раны диафрагмы, перикардиотомию, направленное дренирование плевральной полости. Конверсия выполнена в 9,3%. Одним из ключевых звеньев разработанного современного алгоритма диагностики и лечения травматического гемоторакса является лечебно-диагностическая видеоторакоскопия (рис. 1). По данным неотложной и срочной видеоторакоскопии средний и большой травматический гемоторакс всегда является частично свернувшимся.

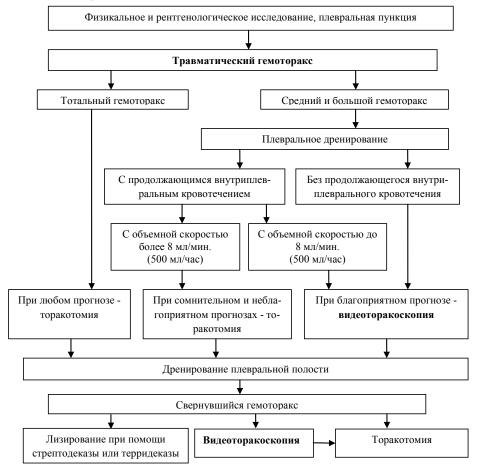


Рис. 1.

Алгоритм лечебной тактики при гемотораксе при сочетанной травме груди

Из представленных в таблице 1 данных видно, что по частоте торакотомий, продолжительности проводимых оперативных вмешательств (торакото-

мии и торакоскопии), продолжительности дренирования плевральной полости и частоте осложнений травматической болезни в раннем ее периоде различия имеют статистически достоверный характер. Видеоторакоскопия существенно превосходит остальные неинвазивные и малоинвазивные методы диагностики травматического гемоторакса, а также в отличие от них в подавляющем большинстве клинических наблюдений дает возможность не только установить точный топический диагноз, но и быстро и надежно устранить не требующие открытого вмешательства повреждения с минимальной травмой для пострадавшего и более благоприятной перспективой.

Таблица 1 Преимущества видеоторакоскопии перед традиционными методами лечения травмы груди со средним и большим гемотораксом

Показатели	Традиционное лечение (n=321)	С применением видеоторако- скопии (n=86)	р	Эффект применения видеоторако- скопии
Частота торакотомии	19,3%	9,3%	<0,01	Уменьшение в 2,1 раза
Продолжительность операции, мин.	74,9±2,9	43,1±1,7	<0,01	Уменьшение в 1,7 раза
Продолжительность плеврального дренирования, сут.	6,2±0,1	2,8±0,1	<0,05	Уменьшение в 2,2 раза
Общая частота осложнений	62,6%	38,4%	<0,01	Уменьшение в 1,6 раза
Продолжительность стационарного лечения, сут.	30,8±0,8	23,7±0,7	>0,05	Уменьшение в 1,3 раза
Летальность	16,8%	12,8%	>0,05	Уменьшение в 1,3 раза

Выводы:

1. При сочетанной шокогенной травме груди видеоторакосткопия выполняется в неотложном или срочном порядке только при благоприятном прогнозе после устранения доминирующего угрожающего жизни повреждения другой локализации.

- 2. Лечебно-диагностическая видеоторакоскопия с эндохирургической декортикацией легкого с успехом может осуществляться для удаления свернувшегося и нагноившегося гемоторакса давностью до 2-х недель.
- 3. Включение видеоторакоскопии в комплекс лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших с травматическим гемотораксом при изолированной и сочетанной травме груди позволяет уменьшить частоту торакотомий в 2,1 раза, продолжительность плеврального дренирования в 2,2 раза, частоту осложнений травматической болезни в 1,6 раза, продолжительность стационарного лечения и летальность в 1,3 раза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММИРУЕМОЙ РЕЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Уханов А.П., Захаров Д.В., Новожилов Е.В., Большаков С.В. ЦГКБ, г. Великий Новгород

Цель. Улучшение результатов лечения больных острым осложненным деструктивным аппендицитом.

Материалы и методы. Методика программируемой релапароскопии использована у 18-ти больных острым осложненным аппендицитом, когда во время выполнения лапароскопической аппендэктомии выявлены выраженные воспалительно-деструктивные изменения в брюшной полости. У 16 больных был гангренозный и у 2 больных флегмонозный аппендицит, осложненный перитонитом, периаппендикулярнм инфильтратом либо абсцессом.

Результаты и обсуждение. Показанием к проведению программируемой релапароскопии является наличие неблагоприятных факторов, которые выявляются в процессе лапароскопической аппендэктомии, когда при видеоэндоскопической операции невозможно полное, одномоментное удаление инфицированного содержимого из брюшной полости, сюда относятся случаи перфоративного аппендицита с большим количеством калового содержимого, излившегося из просвета червеобразного отростка. Распространенный гнойный перитонит с большим количеством фибринозных напластований на петлях кишечника и париетальной брюшине также опасен в плане развития послеоперационных осложнений

Показанием для программируемой релапароскопии является сочетание вышеперечисленных факторов и наличие неблагоприятного течения раннего послеоперационного периода. Решение в пользу релапароскопии хирург принимает, наблюдая у пациента в первые двое суток после операции гноетечение по дренажу, сохранение болезненных ощущений при пальпации правой подвздошной ямки, лихорадку свыше 38° утром и вечером, тахикардию более 90 ударов в минуту, увеличение частоты дыхания в покое свыше 20 в минуту, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличенное СОЭ.

Ранние сроки проведения программируемой релапароскопии диктуют следующие моменты: легкость удаления фибринозных напластований с кишечных петель и париетальной брюшины, бескровное разделение рыхлых фибринозных сращений между петлями кишечника, а также возможность эвакуации остатков экссудата из отлогих мест брюшной полости.

проведении релапароскопии производилось карбоксиперитонеума через стандартный параумбиликальный доступ, который был использован при первичной операции, либо через дренажный катетер. При проведении релапароскопии обязательно осматривалась зона правой подвздошной ямки с ревизией брыжеечки отростка и культи аппендикса. Как правило, в этой области находили рыхлые фибринозные налеты на париетальной брюшине и петлях кишечника, в нескольких случаях имелись небольшие жидкостные скопления в области культи червеобразного отростка. При проведении релапароскопии старались максимально полно удалить фибринозные пленки и жидкостные скопления с помощью аспиратораирригатора и мягких кишечных зажимов. Последовательно осматривали и санировали все отделы брюшной полости, с особой тщательностью осматривалась область малого таза, правый боковой канал, диафрагмальная поверхность печени и петли кишечника.

Среди 18 больных, которым выполнена программируемая релапароскопия в 14 случаях достаточным оказалось проведение одной повторной эндовидеохирургической санации брюшной полости. У четырех пациентов потребовалось проведение 2-х сеансов санационной релапароскопии. После проведения процедуры у больных отмечалась нормализация самочувствия в течении первых 2-х суток. 16 больных выписаны в срок до 10 суток после релапароскопии, за счет быстрого купирования воспалительной реакции со стороны брюшной полости. У 2 больных периож госпитализации составил 14 и 16 дней.

Выводы. Проведение программируемой релапароскопии позволяет обеспечить дополнительную надежную санацию брюшной полости у больных острым деструктивным апендицитом, избежать перехода на открытый доступ и сократить сроки стационарного пребывания больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Уханов А.П., Новожилов Е.В., Большаков С.В., Леонов А.Л., Соболева Л.М., Полетаева Д.В., Амбарцумян В.М., Захаров Д.В., Чарчян Г.Л. ЦГКБ,

г. Великий Новгород

Цель исследования: анализ результатов использования эндовидеохирургического метода лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Материалы и методы. Лапароскопические вмешательства по поводу различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в период с 2007 по 2014 годы были выполнены у 1825 больных. Из общего количества больных лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита осуществлена у 1162 больных, лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого аппендицита предпринята у 561 больного, 58 эндовидеохирургических вмешательств выполнены у больных острым панкреатитом, 12 больных оперировано по поводу острой кишечной непроходимости и 32 операции проведены у больных с травмами органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Среди 1162 больных острым холециститом деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 535 больных (48,2%). Выполнение лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите, особенно осложненном паравезикальным инфильтратом или абсцессом нередко сопровождается выраженными отечно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря, резко затрудняющими и, в ряде случаев, делающими невозможность идентификации трубчатых сосудистосекреторных элементов треугольника Кало и печеночно-дуоденальной связки. В таких ситуациях использовали проведение нетрадиционных способов ЛХЭ, в частности: холецистэктомии «от дна» или субтотальной холецистэктомии.

Среди 1162 больных, которым предпринята лапароскопическая холецистэктомия у 37 больных осуществлен переход на открытый доступ, показатель конверсии составил 3,2%. Послеоперационные осложнения встретились у 42 больных (3,7 %). Умерло 8 больных (0,7 %). Все умерших больные были старших возрастных групп и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложенния со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Было проведено изучение результатов лапароскопической холецистэктомии (1162 больных) в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами (595 больных). Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, характеру поражения желчного пузыря. Сравнивались следующие показатели: продолжительность операции, количество осложнений, и летальных исходов, средний период пребывания больных в стационаре. Проведенный анализ показал, что применение эндовидеохирургического метода лечения острого деструктивного холецистита обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства, уменьшение числа послеоперационных осложнений и значительное снижение показателя послеоперационной летальности (в 4 раза по сравнению с традиционным методом).

В группе больных острым аппендицитом по клинико-морфологическим формам больные распределились следующим образом: у 34 больных (6,0%) был простой аппендицит, у 370 (66,0%) – флегмонозный, у 95 (16,9%) - гангренозный и у 62 (5,2%) пациентов гангренозный перфоративный аппендицит. У 131 больного (34,0%), течение острого аппендицита было осложнено перитонитом при этом у 80 пациентов (20,8%) наблюдался местный, у 31 (8,6%) распространенный перитонит. У 20 больных (11,1%) выявлен периаппендикулярный абсцесс.

При выполнении лапароскопической аппендэктомии последовательность этапов мобилизации червеобразного отростка диктовалась анатомической ситуацией и степенью воспалительных изменений в области илеоцекального угла. У 412 больных (73,4 %) предпринята антеградная мобилизация червеобразного отростка, в 118 случаях (21,0 %), при невозможности экспозиции червеобразного отростка целиком, выполнялось выделение и лигирование его основания, после чего отросток пересекался и производилось его ретроградное удаление. У 31 больного (5,5 %) была выполнена комбинированная диссекция аппендикса.

Важным этапом эндохирургической диссекции является обработка культи червеобразного отростка. Мы использовали следующие методы герметизации: лигирование интракорпоральным швом произведено у 319 (56,9 %) больных, лигирование эндопетлей - у 153 (27,3 %), эндоклипирование основания червеобразного отростка выполнено у 89 (15,9%) пациента. Независимо от метода обработки проводили обязательную демукозацию культи путем коагуляции слизистой оболочки шаровидным электродом.

Показанием к дренированию правой подвздошной ямки считаем сомнение в надежности герметизации культи червеобразного отростка, особенно при деструктивных формах аппендицита, вскрытие просвета аппендикса в процессе диссекции или удаление его по частям, наличие периаппендикулярного абсцесса и местного или диффузного перитонита.

Из 561 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия в 29 случаях операция завершена лапаротомией (5,2 %). Осложнения в

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



послеоперационном периоде встретились у 22 больных (3,9%), в том числе кровотечение в брюшную полость у 1 (0,2%), диффузный перитонит у 2 (0,4%), абсцесс брюшной полости у 13 (2,3%), нагноение троакарных ран – у 5 (0,9%), спаечная кишечная непроходимость у 1 (0,2%) больных. Средний период пребывания больных в стационаре после выполнения лапароскопической аппендэктомии составил $5,2\pm0,4$ дня.

С целью сравнения результатов лапароскопической и традиционной аппендктомии был проведен сравнительный анализ историй болезни 822 больных, которым выполнена аппендэктомия лапаротомным доступом. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, характеру поражения червеобразного отростка и степени распространения перитонита. Среди больных оперированных открытым способом осложнения в послеоперационном периоде встретились у 33 больных (4,0%), в том числе диффузный перитонит у (4,0%), абсцесс брюшной полости у (4,0%), нагноение ран – у (4,0%), спаечная кишечная непроходимость у (4,0%), эвентрация у (4,0%) больных.

Проведенные исследования показали, что общее количество осложнений при выполнении лапароскопической и открытой аппендэктомии примерно одинаково (Р≥0,05). Однако есть различия в структуре осложнений, в частности количество внутрибрюшных абсцессов при выполнении лапароскопической аппендэктомии было в два раза больше, в то же время количество гнойных осложнений со стороны ран было в два раза меньше. После эндовидеохирургического лечения такое грозное осложнение как ранняя спаечная кишечная непроходимость наблюдалось в три раза реже чем при открытой аппендэктомии.

Лапароскопические вмешательства по поводу острого панкреатита предпринятыу 58 больных. Показаниямик использованию эндовидеохирургического метода явились ферметативный перитонит при подтвержденном диагнозе панкреонекроза, а также случаи когда причина перитонита была не ясна и больным выполняли диагностическую лапароскопию с подозрением на другую острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

Объем эндовидеохирургического вмешательства у больных с острой кишечной непроходимостью заключался в ревизии брюшной полости, оценке состояния кишечника, рассечении спаек и восстановлении пассажа кишечного содержимого. Среди 12 больных устранить непроходимость кишечника эндовидеохирургически удалось у 6 больных (50%), в остальных случаях выполнена конверсия на открытый доступ.

Лапароскопический метод использовали у 32 пациентов с открытыми и закрытыми повреждениями живота. С помощью эндовидеохирургического исследования у большинства больных был подтвержден проникающий или закрытый характер повреждения брюшной полости, у 14 больных выявленные повреждения были устранены с помощью лапароскопического или лапароскопически асситированнго пособия.

Выводы. Использование эндовидеохирургического метода в лечении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости является перспективным направлением в деятельности многопрофильного стационара областного центра и должно расширяться как по количеству выполняемых вмешательств, так и по увеличению спектра его использования у больных «острым животом».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Уханов А.П., Чарчян Г.Л., Новожилов Е.В., Большаков С.В., Захаров Д.В. ЦГКБ, г. Великий Новгород

Острый холецистит одно из самых распространенных неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости, занимающее второе место после острого аппендицита, а среди людей пожилого и старческого возраста данное заболевание занимает первое место На долю деструктивных форм острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста приходится 61-67 %. Общая летальность при данной патологии остается высокой и достигает 7-10 % при этом у больных до 60 лет она составляет до 1 %, от 60 до 70 лет – 2 % и старше 70 лет - 7 % и выше.

В последние годы вектор направленности оказания хирургической помощи при холелитиазе сместился в сторону использования видеолапароскопической технологии. Однако если при хроническом холецистите до 95 % общего числа холецистэктомий выполняется с использованием лапароскопической техники, то в отношении эндовидеохирургического лечения острого деструктивного холецистита, особенно у больных пожилого и старческого возраста еще много нерешенных вопросов. Отсутствие четких тактических принципов применения метода лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите, неоднозначность оценки его эффективности при лечении больных старших возрастных групп, сроков выполнения эндохирургического вмешательства, отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма свидетельствуют об актуальности этой проблемы и необходимости дальнейших исследований.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Цель исследования: Расширить возможности и улучшить результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом старших возрастных групп за счет разработки активной тактики и широкого использования эндовидеохирургической технологии диссекции желчного пузыря.

Материалы и методы: В период с 1996 по 2013 годы находилось на лечении 3644 больных острым холециститом, из них было оперировано 2023 больных (55,5 %) в возрасте от 18 лет до 95 лет. Среди оперированных больных в возрасте старше 60 лет было 967 (47,8 %) человек. Среди больных старшей возрастной категории пациентов в возрасте от 61 до 70 лет было 40,5 %, от 71 до 80 лет – 49,2 % и старше 81 года – 10,2 %. В группе пожилых больных женщин было - 81,1 %, мужчин - было 18,9 %. С целью изучения возрастных особенностей использования лапароскопической холецистэктомии у больных острым деструктивным холециститом все больные пожилого возраста были разделены на две группы. Эндовидеохирургическое лечение проводилось в период с 2005 по 2013 годы у 439 больных (45.4%) с четкой клиникой острого холецистита, подтвержденной данными ультразвукового исследования. Среди этих больных деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 324 больных (73,8 %) и они составили основную (проспективную) группу исследования.

Холецистэктомия открытым, лапаротомным доступом применялась у 528 больных с острым холециститом в период с 1996 по 2004 годы, когда лапароскопическая методика использовалась только у больных хроническим холециститом. Деструктивные формы острого холецистита отмечены у 392 (74,2 %) больных и они составили контрольную (ретроспективную) группу исследования. Большинство больных – 227 или 70,0 % в основной группе и 282 больных или 71,9 % в контрольной группе поступили позже суток от начала заболевания. Основной причиной поздних поступлений (67.8 % от числа поздно поступивших) явились несвоевременное обращение за медицинской помощью и попытки самолечения. Диагностические ошибки на догоспитальном этапе. послужившие причиной поздней госпитализации наблюдались 32.2 %, причем гиподиагностика острого холецистита вследствие ошибок работников скорой помощи отмечена у 12,6 % больных, врачей поликлиник - у 10,3 %, инфекционных стационаров - у 5,7 %, дежурных врачей приемных отделений - у 3,4 % больных. У 266 больных (82,1 %) основной группы и 318 пациентов (81,1 %) контрольной группы были выявлены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, атеросклеротические поражения магистральных сосулов конечностей и др.). Помимо сердечно-сосудистой патологии у многих больных пожилого и старческого возраста отмечена комбинация 2-3 и более сопутствующих заболеваний, что создавало дополнительные сложности в их диагностике и лечении.

Результаты лечения: В группе 324 больных пожилого и старческого возраста с острым деструктивным холецистом, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия переход на традиционный доступ осуществлен у 12 больных (3,7 %). Причинами ее явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки у 9 больных (2,8 %), кровотечение у 2 (0,6 %), повреждение двенадцатиперстной кишки у 1 пациента (0,3 %). Следует отметить, что полученный в нашем исследовании показатель перехода на открытый доступ (3,7 %) был достаточно низок по сравнению с опубликованными литературными данными, где он варьрует в пределах 8,3- 16,8 %.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии в группе больных пожилого и старческого возраста отмечены у 39 больных (7,7%), в том числе интраоперационные у 14 (4,3 %) и послеоперационные у 25 (7,7 %) пациентов. С целью изучения эффективности эндовидеохирургического лечения острого деструктивного холецистита у больных старших возрастных были изучены результаты лапароскопической холецистэктомии, проведенной у больных пожилого и старческого возраста (324 больных) в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами (392 больных) на желчном пузыре у больных острым деструктивным холециститом той же возрастной группы. Кроме того, были изучены результаты эндовидеохирургического лечения у 248 больных острым деструктивным холециститом молодого и среднего возраста (до 60 лет), оперированных в период с 2005 по 2013 годы, т. е. в то же время, когда и больные основной группы. Группы больных были сопоставимы по полу, давности заболевания, характеру изменений в желчном пузыре. Сравнивались следующие показатели: продолжительность операции, количество послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность и средний койко-день (таблица 1).

Таблица 1 Результаты лапароскопической и традиционной холецистэктомии у больных разных возрастных групп

Показатель	Лапароскопическая холецистэктомия у больных старше 60 лет (324 больных)	Традиционная холецистэктомия у больных старше 60 лет (392 больных)	Лапароскопическая холецистэктомия у больных до 60 лет (248 больных)
Продолжительность операции (мин М±m)	67,5±2,5	83,6±3,1*	64,3±2,6
Послеоперационные осложнения (n,% M±m)	25 (7,7± 0,8 %)	46 (11,7±1,1 %)*	17 (6,9±0,6 %)

Послеоперационная летальность (n,% M±m)	5 (1,5±0,04 %)	13 (3,3±0,06 %)*	2 (0,8±0,02 %)*
Средний койко-день (дни, М±m)	7,2±0,4	14,8±0,8*	4,3±0,3*

* P<0.05

Выводы: Таким обрахом применение эндовидеохирургического метода лечения острого деструктивного холецистита у больных старших возрастных групп обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства, уменьшение числа послеоперационных осложнений (в 1,5 раза) и значительное снижение показателя послеоперационной летальности (более чем в 2 раза) по сравнению с открытым лапаротомным методом. Активная хирургическая тактика с ранним производством операции, в первые трое суток, малая инвазивность эндовидеохирургического вмешательства, в частности минимальная травматизация брюшной стенки и органов брюшной полости способствует более быстрой активизации и послеоперационной реабилитации больных, сопровождающейся сокращением периода пребывания пациентов в стационаре в 2 раза.

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГОВОЙ ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Фролов П.А., Заикин С.И., Семенихин В.А. НКЦОЗШ, г. Ленинск-Кузнецкий

Актуальность. Анализ публикаций последних лет свидетельствует о том, что колоректальный рак (КРР) по-прежнему занимает 2-3-е место по цифрам ежегодной заболеваемости и смертности. Со времени установления патогенетической роли аденоматозных полипов в 1972 году скрининг был ориентирован на обнаружение и удаление этих поражений. Исследования в области эпидемиологии рака показали, что причиной 75 - 80% злокачественных образований являются канцерогенные факторы окружающей среды химической природы, а 25% - 20% случаев - генетические факторы. Своеобразие экологической обстановки в таких крупных промышленных городах, как Ленинск-Кузнецкий, определяется комплексным воздействием на население вредных для здоровья хи-

мических и физических факторов техногенного и природного происхождения (наиболее опасными их них являются канцерогенные факторы, содержащиеся в угле и других видах топлива и образующиеся при их переработке и сжигании). По городу Ленинску-Кузнецкому за последние 10 лет отмечается неуклонный рост случаев онкопатологии, в том числе и КРР.

Цель работы: провести сравнительную оценку способов панхромоколоноскопии в качестве скринингового метода диагностики новообразований толстой кишки.

Материалы и методы. В проспективное клиническое исследование вошли 86 бессимптомных пациентов (26 мужчин и 60 женщин), проходивших лечение и обследование в эндоскопическом отделении. Исследуемая когорта состояла из пациентов со средним риском по КРР, возрастом старше 25 лет, впервые подвергнувшихся тотальной колоноскопии. Подготовка кишечника проводилась путем лаважа. Качество подготовки кишечника во время исследования как высокое — около 100 % визуализации слизистой оболочки при отсутствии или после аспирации остатка жидкости, среднее — более 90%, низкое — менее 90%. По способу колоноскопии сформированы 2 группы. Выявленные образования подвергали биопсии или удаляли путем «горячей» биопсии, петлевой полипэктомии и резекции слизистой оболочки.

Результаты. 44 пациента (30 женщин, 14 мужчин) составили основную группу, средний возраст 51,2±1,6 года, с авторским способом панхромоколоноскопии (Патент РФ № 2427311 от 27.08.2011г. «Способ панхромоэндоскопии слизистой оболочки толстой кишки»), а в группу контроля вошли 42 пациента (30 женщин и 12 мужчин), средний возраст 54,2±1,7 года, с стандартной хромоколоноскопией. Отмечено в основной группе значимое снижение среднего времени исследования (27,2±1,6 минуты) и количества красителя (44,6±1,8 мл 0,2% раствора индигокармина) по сравнению с контрольной (34,6±1,4 минуты и 57.3±2.0 мл. соответственно). Всего было обнаружено 140 новообразований. 79 у 30 пациентов в основной группе и 61 у 29 пациентов в контрольной. В нашем исследовании чувствительность метода составила 83,1 %, специфичность -100%. Во время проведения исследования были удалены различными способами 32 (40,5%) неоплазии у 11 пациентов, достоверно чаще в основной группе, и 15 (24,6%) у 6 пациентов – в контрольной группе (p<0,05). Полипэктомии проводились только у стационарных пациентов. Патогистологическая оценка: 56 (70.9%) аденом (дисплазия низкой степени - 48, высокой - 8) у 21 пациента основной группы, 47 (77%) аденом (дисплазия низкой степени - 41, высокой - 6) у 19 - контрольной группы; 21 (26,6%) ненеопластическое образование (воспалительные, гиперпластические и лимфоматозные) у 7 пациентов основной группы и 8 (13,1%) у 4 - контрольной группы. В обеих группах преобладали аденомы тубулярного типа. Отмечается высокая распространенность (более 50%) небольших новообразований до 5 мм.

Выводы. Скрининговая панхромоколоноскопия оказалась эффективным методом диагностики новообразований толстой кишки, в том числе и небольших размеров, позволяющем проводить первичную профилактику КРР. Распространенность доброкачественных новообразований толстой кишки у жителей г.Ленинска-Кузнецкого по нашим данным достигает 70%, что требует разработки определенных профилактических мероприятий (в том числе и ранних полипэктомий), направленных на улучшение качества жизни.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИЯ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОГО РЕЗЕРВУАРА ПО БРИКЕРУ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МКНЦ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Хатьков И.Е., Зингеренко М.Б., Мирзоев К.М.МКНЦ,
Москва

Рак мочевого пузыря занимает 9 место в мире среди наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний. Примерно 350 тысяч новых случаев рака мочевого пузыря регистрируется каждый год.

Оперативное лечение инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) является одной из наиболее сложных проблем современной онкоурологии.

Радикальная цистэктомия у мужчин, включает в себя удаление мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков, внутритазовых лимфоузлов и рассматривается как стандарт хирургического лечения мышечно-инвазивного РМП. Радикальная цистэктомия остается одним из наиболее эффективных методов лечения больных с мышечно-инвазивным и высокодифференцированным рецидивирующим раком мочевого пузыря.

В настоящее лапароскопические вмешательства при раке почки, мочеточника, предстательной железы и мочевого пузыря распространены широко. В последние несколько лет количество публикаций, посвященных робот-ассистированным урологическим операциям увеличивается.

В клинике урологии МКНЦ успешно внедрена в практику робот-ассистированная радикальная простатэктомия.

В данной работе представлен первый опыт робот-ассистированной радикальной цистпростатэктомия с экстракорпоральным формированием гете-

ротопического резервуара по Брикеру, выполненной впервые в урологическом отделении МКНЦ.

Больной Р., 67 лет, поступил в урологическое отделение МКНЦ с диагнозом рак мочевого пузыря сТ3аNхМ0G2 — для оперативного лечения. На протяжении 3 месяцев больному дважды выполнялась трансуретральная резекция мочевого пузыря в связи с макрогематурией. По данным МРТ малого таза определяется опухоль мочевого пузыря, с локализацией на левой стенке, размером 10x10 см, с вовлечением устья и дистальных отделов левого мочеточника, признаками инфильтрации паравезикальной жировой клетчатки, немногочисленными мелкими региональными и паравезикальными лимфатическими узлами.

Учитывая местное распространение опухоли мочевого пузыря, по данным МРТ, пациенту выполнена робот-ассистированная радикальная цистпростатэктомия с экстракорпоральным формированием гетеротопического резервуара по Брикеру. Использовано четыре роботических манипулятора и два ассистентских порта. Троакары расположены на 2 см выше типичного расположения троакаров, используемых при радикальной роботической простатэктомии.

Была использована методика этапного выделения мочевого пузыря.

Первым этапом мобилизованы и клипированы мочеточники на 2 см проксимальнее их места впадения в мочевой пузырь. Дистальная часть мочеточника резецирована, при срочном гистологическом исследовании данных за распространение опухолевого процесса нет.

Вторым этапом выполнено выделение подвздошных сосудов и расширенная тазовая лимфаденэктомия, до уровня пересечения мочеточника с ними. Тазовая лимфаденэктомия остается одним из важных аспектом радикальной цистэктомии, и, по нашему первому опыту, выполнение ее в объеме расширенной идеально с помощью робота.

Использование третьего роботического манипулятора облегчает выполнение латеральной тракции мочевого пузыря для пересечения ножек мочевого пузыря.

Третьим этапом, мочевой пузырь и простата отделена вентрально от прямой кишки. Простата выделена до уретры.

Четвертым этапом мочевой пузырь и простата выделены по передней поверхности, в стандартной технике используемой при выполнении радикальной простатэктомии. Четкая визуализация дорсального венозного комплекса позволяет минимизировать кровопотерю.

Далее, выполнена инконтинентная резервуаропластика по Брикеру экстракорпорально в стандартном исполнении с использованием автоматического сшивающего аппарата.

Общая продолжительность операции 380 минут. Суммарная кровопотеря 300 мл. Пациент активизирован в первые сутки после оперативного вмешательства и при дальнейшем наблюдении, осложнений не отмечено. Пациент был выписан из клиники на 10 сутки после операции.

Роботизированные технологии помогают быстрее преодолеть кривую обучения, при этом сохраняя хорошие онкологические и функциональные результаты. Применяемые при робот-ассистированных операциях оригинальные инструменты «ЭндоРист» обеспечивают естественную ловкость движений и могут выполнять манипуляции, не доступные даже для человеческой руки.

Роботическая система Da Vinci обеспечивает увеличенное в 10 раз, в высоком разрешении трехмерное изображение операционного поля, вследствие чего улучшения координации манипуляторами.

Для определения точного места роботической техники выполнения радикальной цистэктомии необходимо проведение дальнейших исследований.

ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Хатьков И.Е., Израилов Р.Е., Хисамов А.А.МКНЦ,
Москва

Актуальность. Ускоренное восстановление после хирургических вмешательств (enhanced recovery after surgery, ERAS) начали применяться в середине 90-х годов XX века. Использование их при больших колопроктологических вмешательствах с успехом применяется во многих западных клиниках, сокращая время пребывания в стационаре и финансовые затраты на лечение. Однако, применению концепции ERAS в хирургии поджелудочной железы, в частности, при панкреатодуоденальных резекциях (ПДР), посвящено всего несколько зарубежных работ.

Цель. Оценить влияние программы ускоренного восстановление на непосредственные результаты после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. С марта 2013 года по июнь 2014 года у 23 пациентов (14 мужчин и 9 женщин, средний возраст 59.2±12.3 лет), перенесших лапароскопическую ПДР была применена программа ERAS, основными моментами которой были раннее начало послеоперационного питания, ранняя мобилизация, раннее удаление назогастрального зонда, страховочных дренажей в брюшной полости и уретрального катетера. Эта группа пациентов была сравнена с контрольной, куда вошли 52 пациента (18 мужчин и 34 женщины, средний возраст 59.4±9.6 лет), перенесшие лапароскопическую ПДР с 2007 по 2013 год.

Результаты. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после операции достоверно уменьшилась в группе ERAS (10.7±5.8, дней

и 22.15 ± 10.6 p=0.001). Не было достоверных отличий в двух группах по количеству послеоперационных осложнений (43.5% и 46.2% соответственно) и летальности (4.5 и 5.8% соответственно).

Заключение. Первый опыт применения программы ускоренного восстановления после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции достоверно уменьшает среднюю продолжительность нахождения в стационаре после операции без увеличения количества послеоперационных осложнений и летальности. Но полученные результаты могут быть следствием улучшения кривой обучения для лапароскопической панкреатодуоденальной резекции. Чтобы более точно оценить роль программы ERAS, необходимо дальнейшее ее применение в хирургии поджелудочной железы.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ УДАЛЕНИЯ GIST МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТУННЕЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Казакова С.С. МКНЦ, Москва

Введение. В последние 20 лет выделен особый тип стромальных опухолей ЖКТ, имеющих веретеноклеточное строение и своеобразное клиническое течение. Эти опухоли получили название гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) или Gastrointestinal stromal tumors (GIST). Несмотря на то, что ГИСО составляют всего около 1 % новообразований ЖКТ, они являются самыми частыми мезенхимальными опухолями этой локализации и в 60-70% наблюдений выявляются в желудке.

В качестве ведущего метода инструментальной диагностики и динамическогонаблюдения забольными являются эндоскопия и эндоскопическая ультрасонография, которые позволяют регистрировать динамику изменения размеров опухоли и появление признаков злокачественности, определяющих необходимость верификации патологических изменений и определения показаний к оперативному лечению.

Получение достаточного материала предоперационной для морфологической диагностики подслизистых опухолей, включая иммуногистохимическое исследование представляется непростой задачей. Стандартная щипковая биопсия, как правило, ограничивается получением фрагментов слизистой оболочки, а последовательная глубокая многоэтапная сопряжена с повышенным риском биопсия осложнений.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



биопсия под контролем эндосонографии является дорогостоящей и также не всегда позволяет получить достаточного материала для гистологического исследования и определения индекса митотической активности.

Кажлая ГИСО настоящее время считается потенциально злокачественной. Если подслизистую опухоль нельзя верифицировать с высокой степенью достоверности, настоятельно рекомендуется удалить ее. Последующее морфологическое исследование, включая иммуногистохимическое, позволяет определить степень злокачественности и определить необходимость проведения химиотерапии.

В хирургическом лечении подслизистых новообразований приоритет отдается малоинвазивным технологиям, включающим как лапароскопические, так и гибридные технологии в сочетании с эндоскопическим внутрипросветным пособием. Образования менее 2 см допустимо наблюдать вследствие низкого злокачественного потенциала опухоли, хотя пациенты должны быть информированы о возможности ее злокачественного характера. Международный стандартный протокол наблюдения за больными с небольшими подслизистыми образованиями желудочно-кишечного тракта (менее 2 см) четко не определен. В том числе, четко не означены алгоритмы использования инструментальных методов диагностики, показания к оперативному лечению и выбор оперативного доступа.

Современные мультицентровые исследования показали, что пациенты с ГИСО не нуждаются в выполнении лимфодиссекции, а для радикального оперативного вмешательства достаточно удаления опухоли без повреждения ее капсулы. Учитывая данные факторы стали появляться работы о эндоскопическом удалении таких новообразований. Первоначально эндоскопическое удаление подслизистых образований небольшого размера рассматривалось как альтернатива получения полноценного биопсийного материала для гистологического исследования и в последующем превратилось в самостоятельный вариант оперативного лечения подслизистых новообразований небольших размеров.

методик эндоскопического удаления образований в равной степени присутствуют в арсенале эндоскопической хирургии. Большая часть из них явилась трансформацией оперативной техники, используемой для резекции раннего рака в пределах слизистой оболочки. Простая петлевая резекция, удаление подслизистых новообразований с использованием колпачковой или лигатурной ассистенции, в основном применяются при небольших размерах опухоли (1 см и менее) и поверхностной его локализации (мышечная пластинка слизистой).

Удаление новообразований собственного мышечного слоя заключается в последовательном иссечении опухоли из стенки желудка единым блоком вместе с ее капсулой специальными электрохирургическими ножами. Такая технология используется при диссекции в подслизистом слое (ESD). Она сопряжена не только с риском развития кровотечения из сосудов собственного мышечного слоя, но и перфорации стенки органа.

Как альтернатива прямому доступу применяется технология подслизистого тоннельного удаления опухолей. При этом после рассечения слизистой на 3-5 см выше образования формируется тоннель в подслизистом слое с последующей мобилизацией и удалением опухоли. Закрытие дефекта слизистой, расположенного в удалении от места резекции опухоли и возможной перфорации, при помощи гемостатических клипс по отработанной технологии существенно сокращает риск инфицирования и развития осложнений.

Клиническое наблюдение. В Отделении оперативной эндоскопии Московского клинического научного центра проходила лечение пациентка 57 лет. Пациентка длительное время наблюдалась и проходила курсы консервативной терапии по поводу ГЭРБ и язвенной болезни желудка и 12п.к. При очередном обследовании, по данным ЭГДС в области тела желудка, по малой кривизне, ближе к задней стенке, было выявлено подслизистое новообразование диаметром до 2см. По данным эндосонографии новообразование в наибольшей степени соответствовало неэпителиальной опухоли желудка, вероятнее всего миогенного происхождения и исходило из 4 (мышечного) слоя стенки желудка, имело неоднородную эхо-структуру. Учитывая анамнез, небольшой размер опухоли и ЭУС-картину ГИСО, принято решение выполнить эндоскопическое удаление новообразования по методике туннельной резекции.

Операция выполнялась в условиях общей анестезии с искусственной вентиляцией легких. Использовалась видеосистема Olympus Exera III, видеогастроскоп Olympus GIF 180H и CO2 инсуфлятор Olympus UCR, электрохирургический комплекс, совмещенный с водоструйным диссектором На 4-5см проксимальнее контура новообразования ERBE VIO 200 D. (практически на уровне пищеводно-желудочного перехода) с использованием ножа HvbridKnife (ERBE) выполнена инъекция физиологического раствора в подслизистый слой с формированием «подушки». Произведен разрез слизистой протяжённостью около 1,5см. Далее с периодическим нагнетанием раствора в подслизистый слой в направлении новообразования сформирован туннель. Туннель продолжен до края опухоли, после чего она отделена от внутреннего слоя слизистой оболочки. При дальнейшей мобилизации выявлено, что на половину объема опухоль расположена глубоко в мышечном слое стенки желудка. С использованием различных режимов резки и коагуляции, с пересечением мышечных волокон опухоль практически по всей поверхности была отделена от окружающих тканей без повреждения капсулы. С использованием эндоскопической петли, которая была накинута на оставшуюся ножку опухоли в смешанном режиме коагуляции выполнено окончательно удаление новообразования. Препарат извлечен и направлен на плановое гистологическое исследование. При осмотре области резекции выявлено перфоративное отверстие в области основания опухоли диаметром до 3мм, через которое визуализируется капсула печени. Перфоративное отверстие закрыто эндоскопическими клипсами Olympus EZ Clip HX-610-135L (2шт), при интенсивной инсуфляции СО2 признаков нарастания карбоксиперитонеума нет. Аппарат извлечен в просвет желудка, дефект слизистой последовательно закрыт с использованием 12 эндоскопических клипс. При контроле кровотечения нет. Признаков карбоксиперитонеума нет.

Пациентка была экстубирована на операционном столе, переведена в отделение интенсивной терапии для наблюдения в течение 6 часов. Послеоперационный период протекал гладко. На 2 день послеоперационного периода выполнено контрольное рентгенологическое исследование, при котором признаков остаточного карбоксиперитонеума и перфорации стенки желудка не выявлено; разрешено питье и дробное пероральное питание протертой пищей. Пациентка выписана на 4 день послеоперационного периода.

Резецированный препарат представлял собой опухоль размерами 20 мм округлой формы в капсуле, которая не была повреждена. Гистологическое исследование показало наличие веретеновидноклеточной опухоли с участками дегенерации; ИГХ исследование подтвердило диагноз гастоинтестинальной строгальной опухоли с Ki<5%. При контрольной ЭГДС через 2 определяется нежный рубец в области клипирования. Через 6 месяцев область резекции отчетливо не определяется. Больная находится под динамическим наблюдением.

Вывод. Наш первый опыт показал возможность выполнения эндоскопического удаления подслизистых новообразований, исходящих из глубоких мышечных слоев стенки желудка, методом туннелирования в подслизистом слое.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ HYBRID APC В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Казакова С.С. МКНЦ, Москва

Введение. Пищевод Барретта (ПБ) представляет собой тонкокишечную метаплазию слизистой пищевода на фоне хронического желудочнопищеводного рефлюкса. Единственным сертифицированным и доступным в России методом эндоскопической деструкции пищевода Барретта без дисплазии или дисплазией низкой степени является аргоноплазменная коагуляция (АПК). Метод заключается в последовательной коагуляции участков цилиндрического

эпителия потоком ионизированной плазмы. Применение этой методики показывает хорошие результаты при лечении локальных форм метаплазии, без выраженного (менее 3 см) сегмента циркулярного поражения.

Безопасное применение АПК подразумевает четкое соблюдение методических принципов вмешательства, которыми являются – бесконтактное воздействие, равномерная деструкция эпителия на всей площади поражения, поверхностное воздействие без повреждения собственной мышечной оболочки. При АПК больших поверхностей на фоне постоянного аргонового потока возникает переполнение желудка газовым содержимым, срыгивание и рефлекторная икота. При этом условия проведения операции существенно затрудняются, вследствие чего нарушается равномерность деструкции эпителия, увеличивается частота эпизодов контактной коагуляции с глубоким термическим повреждением вплоть до мышечного слоя. В этих условиях существенно увеличивается риск развития стриктуры пищевода, возникает необходимость многоэтапного лечения, направленного как на полноту деэпителизации, так и бужирования стриктур.

Нуbrid APC представляет собой усовершенствованную методику АПК и является синтезом двух технологий, АПК и водоструйного диссектора, объединенных в одном инструменте. Общий принцип коагуляционного воздействия остается неизменным. Однако бесконтактная инъекция раствора в подслизистый слой позволяет создать защиту мышечной оболчки от термического повреждения. При этом даже в неблагоприятных условиях создаются предпосылки для полноценной обработки метаплазированного эпителия на большей поверхности, включая зоны циркулярного поражения более 3 см.

Цель исследования. Целью нашей работы, имеющей характер накопления начального опыта применения hybrid APC, являлось изучить ближайшие результаты лечения больных пищеводом Барретта с протяженным циркулярным поражением, оценить эффективность метода и безопасность его применения.

Материал и методы. Методика hybrid APC была сертифицирована в России в апреле 2014 и стала доступной для примения в МКНЦ с 27 мая 2014, когда была выполнена первая в России операция. К сентябрю 2014 г. накоплен опыт лечения 15 больных, в том числе с распространенными формами пищевода Баррета у 11 пациентов. Протяженность циркулярного сегмента ПБ составила от 3 до 5 см, максимального мегмента до 7 см. Операция проводилась под общим обезболиванием без ИВЛ в положении больного лежа на левом боку. Использовались видеосисткмы Fujifilm 4400 и Olympus Exera III, электрохирургический и водоструйный комплекс ERBE VIO 200 D. Во всех наблюдениях деструкция эпителия выполнена в один этап по всей площади поражения. После элевации слизистой водоструйным диссектором проводилась первичная деструкция эпителия в пульсовом

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



режиме АПК при потоке газа 1 л/мин и мощностью коагуляции 60 Вт. После очищения проводилась дополнительная обработка резидуальных участков метаплазированного эпителия слизистой аналогичным режимом АПК мощностью 40 Вт. Полнота деструкции оценивалась визуально при осмотре в белом свете и узкоспектральном режиме после окончательног очищения стенок пищевода от коагулированных тканей мягким силиконовым колпачком. Продолжительность вмешательства в среднем составила 34 минуты (15-60 минут). Интраоперационных осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде у 4 больных в течение суток отмечалось чувство легкого жжения в эпигастральной области и за грудиной при глотании. С первого дня разрешалось питье и питание в пределах механически и термически щадящей диеты. Медикаментозная терапия включала ингибиторы протонной помпы в дозе 40 мг/сутки в течение 2 месяцев и обволакивающие препараты в течение двух недель. Контрольное обследование проводилось через два месяца после операции. С учетом малых сроков наблюдения обследовано 9 больных. Никто не предъявлял жалоб на изжогу и дисфагию. При ЭГДС признаков сужения просвета не выявлено ни в одном наблюдении, отмечались признаки равномерной реэпителизации неосквамозным эпителием. У двух больных отмечены резидуальные изменения и наличие метаплазированного эпителия чуть проксимальнее зоны пищеводно-желудочного перехода менее 1 см. Им запланирован повторный сеанс АПК.

Выводы. Новая методика аргоноплазменной коагуляции — Hybrid APC является безопасным и эффективным методом эндоскопического лечения ПБ без дисплазии и дисплазии низкой степени.

ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКАЯ ВНЕБРЮШИННАЯ ПОЯСНИЧНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ: ПОКАЗАНИЯ И ТЕХНИКА

Щедренок В.В.^{1,3}, Рутенбург Г.М.^{2,3}, Иваненко А.В.¹

 1 РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2 ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 3 Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

Различными болевыми синдромами, по данным ВОЗ, страдает каждый пятый трудоспособный член общества. Хронические болевые синдромы, в том числе и при поражении вегетативной нервной системы (ВНС) повсеместно стали не только медико-социальной, но и существенной экономической проблемой.

Как показали эпидемиологические исследования, нарушения ВНС встречаются у 25-80% населения. Хирургическому лечению различной патологии ВНС отечественные нейрохирурги уделили большое внимание, при этом лидерами изучения этой сложной проблемы являлись ученые Ленинградского (ныне Российского) научно-исследовательского нейрохирургического института – А.Л. Поленов, А.Г. Молотков, А.В. Бондарчук, В.Н. Шамов и К.Г. Григорович.

Учитывая актуальность изучения и разработки новых методов лечения болевых синдромов, обусловленных заболеваниями нервной системы, по инициативе Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова в 1982 г. на базе больницы Святой преподобномученицы Елизаветы создан городской противоболевой центр комплексного лечения заболеваний нервной системы (руководитель — проф. Щедренок В.В.), в котором на протяжении длительного времени осуществляли изучение и разработку методов воздействия на симпатические стволы и ганглии при различной патологии ВНС и болевых синдромах. Так, например, были предложены методы пункционного вмешательства в виде парциальной деструкция и электростимуляция симпатических ганглиев.

Цель работы – разработать показания и оптимальный способ эндовидеоскопической внебрюшинной поясничной симпатэктомии, направленный на уменьшение интраоперационной травмы в результате воздействия на симпатические ганглии ВНС.

Материал и методы исследования. Разработка метода эндовидеоскопической внебрюшинной поясничной симпатэктомии была предварительно проведена в патологоанатомическом отделении городской многопрофильной больницы Святой преподобномученицы Елизаветы на 10 трупах. Была поставлена задача определить наиболее безопасные точки введения в забрюшинное пространство троакаров и инструментов, оптимальное расположение инструментов в ране, уточнить наиболее информативные анатомические ориентиры с целью более быстрого и прицельного доступа к пограничному симпатическому стволу ВНС.

Работа основана на результатах хирургического лечения 30 пациентов с поражениями артерий нижних конечностей и заболеваниями ВНС, проявляющихся болевыми синдромами различной степени выраженности. Все пациенты находились на лечении в отделениях хирургии, нейрохирургии и неврологии этой же больницы.

Приобретенный опыт позволяет считать, что показаниями к эндовидеоскопической поясничной симпатэктомии являются болевые синдромы туловища и нижних конечностей с наличием в клинической картине выраженных нарушений ВНС, а также заболевания магистральных артерий нижних конечностей: дегенеративно-дистрофические заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника, облитерирующий эндартериит

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



и атеросклероз сосудов нижних конечностей, постгерпетический ганглионит, фантомно-болевой синдром и каузалгия, а также повреждения периферической нервной системы. Эффективность выполненной лечебно-диагностической процедуры в виде блокады поясничных симпатических узлов с помощью местного анестетика являлась важным обоснованием к проведению эндовидеоскопической симпатэктомии.

Результаты и их обсуждение. Эндовидеоскопическую внебрюшинную симпатэктомию выполняли пол обшим обезболиванием поясничную искусственной проведением вентиляции легких **УСЛОВИЯХ** ретропневмоперитонеума, используя местную инфильтрацию мягких тканей в местах постановки портов. После выполнения интубации трахеи в положении на спине пациента укладывали на бок, противоположный оперативному вмешательству, со слегка согнутой свободной нижней конечностью с целью снижения напряжения большой поясничной мышцы. Под эту сторону подкладывали валик для увеличения угла переразгибания, после чего производили максимально возможное опускание ножного и головного концов стола, тем самым добиваясь максимального расхождения между реберной дугой и гребнем подвздошной кости. Дополнительное увеличение этого промежутка достигали поднятием на стороне оперативного вмешательства руки до угла плеча с телом, равного 90-100°. Предплечье укладывали на обычную стойку для руки, входящую в комплект к операционному столу. Дополнительно, для более удобных дальнейших манипуляций, пациента наклоняли вперед на 70-80° во фронтальной плоскости тела по отношению к плоскости операционного стола.

Перед установкой центрального троакара выполняли разрез кожи на боковой поверхности живота на уровне пупка, длиной 2 см. Производя разрез в этой зоне, имеется возможность хорошо ориентироваться при прохождении мышечных слоев, а устанавливаемый баллон-диссектор равномерно и симметрично раздувается и образует достаточную полость в забрюшинном пространстве без разрывов в париетальном листе брюшины. Под визуальным контролем рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота по ходу ее волокон, затем тупо разводили волокна внутренней косой и поперечной мышц до брюшинного мешка, который сдвигали медиально. После формирования в ретроперитонеальном пространстве до большой поясничной мышцы канала в рану устанавливали баллон-диссектор, который раздували и оставляли в таком состоянии на 3-5 минут, что позволяло создать полость достаточного объема. Применение баллона обеспечивало более тщательный гемостаз и способствовало лучшему доступу к позвоночному столбу.

После извлечения баллона устанавливали порт для эндовидеоскопа. Края раны ушивали для предотвращения утечки газа, свободными концами нитей фиксировали порт для эндовидеоскопа за имеющиеся на нем дужки. Инсуфляцию

углекислого газа производили до давления 10-15 мм рт ст. После нагнетания в ретроперитонеальное пространство газа до рабочего давления через уже установленный порт вводили жесткий эндовидеоскоп диаметром 10 мм с углом обзора 30°. Сразу же после этого производили осмотр забрющинного пространства на наличие возможных повреждений при создании полости, а также с целью визуализации анатомических образований. При этом хорошо прослеживалась перистальтика мочеточника; как основной ориентир определялась большая поясничная мышца, на всем протяжении просматривался париетальный листок брюшины. Иногда, по причине богато развитой забрюшинной жировой клетчатки, большая поясничная мышца визуализировалась с трудом и тогда требовалось сместить с ее поверхности клетчатку.

Симпатические ганглии связаны между собой соединительными ветвями, которые могут быть разной величины. Пересечение симпатической цепочки и соединительных ветвей производили при помощи острых ножниц, исключая, как правило, электрокоагуляцию. Следует отметить, что отделение пограничного симпатического ствола с ганглиями от тел поясничных позвонков не сопровождалось какими-либо трудностями, его пересекали выше L2 и ниже L5-ганглия.

Длительность оперативного вмешательства составляла в среднем 35±6 минут. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. После окончательного выхода из наркоза и перевода пациентов в палату их активизировали, разрешали вставать и передвигаться в пределах палаты. Купирование болевого синдрома отмечено у 83% пациентов, регресс трофических расстройств имел место в 33% случаев. У всех пациентов с наличием синдрома «перемежающейся хромоты» наблюдали значительное увеличение расстояния при «маршрутной пробе».

Выводы. Разработана и апробирована малоинвазивная эндовидеоскопическая поясничная симпатэктомия рётроперитонеальным доступом, позволяющая избежать как интраоперационных, так и послеоперационных осложнении. Применяемая укладка пациента на столе способствует наиболее выгодной установки портов под эндовидеоскоп и манипуляторы, а также предоставляет холе операции оптимальную возможность получить визуализацию анатомических образований. Применение баллона-диссектора, вводимого в забрюшинное пространство через минимальный кожный разрез в туннель, сформированный мануально в забрюшинной клетчатке, способствует бескровной препаровке тканей и образованию ретроперитонеального пространства для последующего заполнения его газом. Дилатация тканей с помощью баллонадиссектора дает возможность избежать повреждения таких важных анатомических образований, как аорта, нижняя полая вена, подвздошные и поясничные артерии и вены, мочеточник, а также бедренно-половой нерв. Методика создает наиболее адекватный обзор всех анатомических структур, сокращает время оперативного вмешательства до 30-40 минут, разрешает активизировать пациентов после выхода из наркоза и уменьшает сроки пребывания в стационаре до 3-4 суток.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ, В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Эгамов Ю.С., Азимов С.А., Кадиров Ш.Н., Эгамов Б.Ю. АндГМИ, г. Андижан, Узбекистан

Острая спаечная кишечная непроходимость, осложненная перитонитом (ОСКНОП), у стариков, требующая экстренного хирургического вмешательства, остается одной из актуальных проблем ургентной хирургии. По различным данным среди всех видов непроходимости осложненной перитонитом составляет 25-75 % случаев.

Летальность при этой патологии колеблется от 12 до 85%, при ранней острой спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом 17-23%. Одним из перспективных направлений решения данной проблемы является использование лапароскопической диагностики и лечения.

Материал и методы исследования. За период с 2006 по 2014 года в хирургическое отделение клиники АндГосМИ и отделение экстренной хирургии ЦРБ Андижанского и Алтынкульского районов поступил с острой спаечной кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом, у стариков, 31 больной. Местный перитонит был у 14 (46,1%), диффузный у 11 (36,1%), разлитой у 6 (17,8%) больных. Ранняя форма ОСКНОП до 2 месяцев отмечалась у 9 больных, поздняя — у 22. У 8 больных ранее производились оперативные вмешательства в связи со спаечной непроходимостью в других стационарах.

Результаты и их обсуждение. В отделении всем больным произведена диагностическая лапароскопия, из них 17 больным произведена традиционная лапаротомия, больные имели тяжелые сопутствующие заболевания. Выполнено рассечение спаек, устранение кишечной непроходимости. Резекция участка тонкой кишки осуществлена 3 пациентам из за необратимых изменений стенки кишки. 14 больным проведена операция лапароскопическим путем. Произведена ревизия брюшной полости, рассечение спаек, санация и дренирование брюшной полости, установление микроирригатора в брыжейку тонкой кишки. В послеоперационном периоде всем больным установили назогастральный зонд для декомпрессии верхних отделов желудочного тракта. Стимуляцию кишечной моторики произвели лимфотропно через микроирригатор, который установлен в брыжейку тонкой кишки. Наряду с этим, проводили коррекцию водно-электролитного баланса, инфузионно- дезинтоксикационную терапию, назначали спазмолитики.

Во всех случаях ревизию тонкой кишки начинали от спавшего участка в зоне сращений, вызвавших непроходимость. Наиболее благоприятной ситуацией в лапароскопическом лечение ОСКНОП является наличие единичного штранга и местный перитонит, реактивной фазы. Всего нами лапароскопически оперированы 8 таких больных. Эти операции технически просты, для их проведения требуется сравнительно немного времени. Из 6 больных, которым выполнен лапароскопический адгезиолизис, у 4 отмечалось локальное сращение тонкой кишки с зоной послеоперационного рубца, у 2 выявлено ущемление тонкой кишки в окне, образованном кишечными сращениями.

Лапароскопический адгезиолизис, в отличии от традиционного оперативного вмешательства, характеризовался малой травматичностью, минимальной интраоперационной кровопотерей. Активная перистальтика и стул после лапароскопической операции появлялись на 2-3 сутки, а после традиционного метода лечения —на 4-5 сутки. Время пребывания больных в стационаре после лапароскопических операций уменьшилось в среднем на 4,7_+ 1,8 суток.

Выводы

Лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики острой спаечной непроходимости осложненной перитонитом.

Применение ее в лечении данной патологии является перспективным направлением в хирургии.

Лапароскопическое устранение спаек позволяет свести к минимуму число интраоперационных осложнений и значительно сокращает сроки госпитализации.

Лапароскопическая санация и дренирования брюшной полости с установлением микроирригатора брыжейки тонкого кишечника приводит к быстрому восстановлению перистальтики кишечника.

РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ, В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Эгамов Ю.С., Кадиров Ш.Н., Филатова Н.В., Эгамов Б.Ю. АндГМИ, г. Андижан, Узбекистан

Острая спаечная кишечная непроходимость осложненная перитонитом (ОСКНОП), у стариков, требующая экстренного хирургического вмешательства, остается одной из актуальных проблем ургентной хирургии. По различным

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



данным среди всех видов непроходимости осложненной перитонитом составляет 25-75 % случаев.

Летальность при этой патологии колеблется от 12 до 65%, при ранней острой спаечной кишечной непроходимости осложненной перитонитом 17-23%. Одним из перспективных направлений решения данной проблемы является использование лапароскопической диагностики и комплексное лечения.

Материал и методы исследования. За период с 2006 по 2014 года в хирургическое отделение клиники АндГосМИ и отделение экстренной хирургии ЦРБ Андижанского и Алтынкульского районов поступил с острой спаечной кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом, у стариков, 31 больной. Местный перитонит был у 14 (46,1%), диффузный у 11 (36,1%), разлитой у 6 (17,8%) больных. Ранняя форма ОСКНОП до 2 месяцев отмечалась у 9 больных, поздняя — у 22. У 8 больных ранее производились оперативные вмешательства в связи со спаечной непроходимостью в других стационарах.

Результаты и их обсуждение. В отделении всем больным произведена диагностическая лапароскопия, из них 17 больным произведена традиционная лапаротомия, больные имели тяжелые сопутствующие заболевания. Выполнено рассечение спаек, устранение кишечной непроходимости. Резекция участка тонкой кишки осуществлена 3 пациентам из за необратимых изменений стенки кишки. 14 больным проведена операция лапароскопическим путем. Произведена ревизия брюшной полости, рассечение спаек, санация и дренирование брюшной полости, установление микроирригатора в брыжейку тонкой кишки. В послеоперационном периоде всем больным установили назогастральный зонд для декомпрессии верхних отделов желудочного тракта. Стимуляцию кишечной моторики произвели лимфотропно через микроирригатор, который установлен в брыжейку тонкой кишки. Наряду с этим, проводили коррекцию водно- электролитного баланса, инфузионно- дезинтоксикационную терапию, назначали спазмолитики.

Во всех случаях ревизию тонкой кишки начинали от спавшего участка в зоне сращений, вызвавших непроходимость. Наиболее благоприятной ситуацией в лапароскопическом лечение ОСКНОП является наличие единичного штранга и местный перитонит, реактивной фазы. Всего нами лапароскопически оперированы 8 таких больных. Эти операции технически просты, для их проведения требуется сравнительно немного времени. Из 6 больных, которым выполнен лапароскопический адгезиолизис, у 4 отмечалось локальное сращение тонкой кишки с зоной послеоперационного рубца, у 2 выявлено ущемление тонкой кишки в окне, образованном кишечными сращениями.

Лапароскопический адгезиолизис, в отличии от традиционного оперативного вмешательства, характеризовался малой травматичностью, минимальной интраоперационной кровопотерей. Активная перистальтика

и стул после лапароскопической операции появлялись на 2-3 сутки, а после традиционного метода лечения —на 4-5 сутки. Время пребывания больных в стационаре после лапароскопических операций уменьшилось в среднем на 4.7 + 1.8 суток.

Выводы:

Лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики острой спаечной непроходимости осложненной перитонитом.

Применение ее в лечении данной патологии является перспективным направлением в хирургии.

Лапароскопическое устранение спаек позволяет свести к минимуму число интраоперационных осложнений и значительно сокращает сроки госпитализации.

Лапароскопическая санация и дренирования брюшной полости с установлением микроирригатора брыжейки тонкого кишечника приводит к быстрому восстановлению перистальтики кишечника.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА НА ПОЧВЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Эгамов Ю.С., Кадиров Ш.Н., Эгамов Б.Ю. АндГМИ, г. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Хирургический метод лечения перитонита при острой кишечной непроходимости в настоящее время является общепринятым. В связи с этим во многих клиниках хирургия стала отдавать предпочтение лапаротомии устранению причин, санации брюшной полости и дренированию с последующей ранней комплексной терапией. В связи с развитием и внедрением в хирургическую практику малоинвазивных и эндовидеохирургических методов открылись новые широкие возможности для диагностики и лечения острых перитонитов.

Цель исследования: изучение эффективности применения лапароскопической техники в диагностике и лечении перитонита при кишечной непроходимости.

Материал и методы: В нашей клинике внедрили лапароскопический метод для выявления кишечной непроходимости (перфорации кишечника, странгуляции, механических препятствий и др.) приводящие к перитониту. С 2004 г. по 2014 гг. наблюдались 86 больных.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА



Всем больным производилась лапароскопическая диагностика. При этом выявлено перфорация полых органов и прочие патологии. В брюшной полости определено желудочное содержимое и реактивный выпот от 50 до 1500мл. Распространение патогенной жидкости приходилось в основном на подпеченочное пространство, правый боковой канал и малый таз. Тяжесть перитонита оценивали при помощи перитонеального индекса Манчеймера. При этом у большинства больных имел место диффузный серозно-фибринозный перитонит, местный перитонит и разлитой перитонит.

В раннем послеоперационном периоде, кроме выполнения мероприятий, направленных на коррекцию гемостаза, декомпрессию кишечника и кишечного лаважа, проводили гелий-ионовую лазерную терапию. Микроирригатор, устанавливали во время операции в брыжейку тонкого кишечника, после устранения причины приводящей к кишечной непроходимости. В последующем, для декомпрессии произведена интубация кишечника. В послеоперационном периоде выявлен ряд положительных моментов. Так, согласно данным энтероирригации, появление активных перистальтических волн у больных с кишечной непроходимостью отмечалось на 2-3 сутки после операции, а перистальтические волны приближенные к норме на 4 сутки. При этом у анализируемых больных с I степенью эндотоксемии нормальные перистальтические волны появились на 3 сутки. У больных же со II-III степенями эндотоксемии появление их отмечено на 4 сутки послеоперационного периода.

Что касается собственных показателей интоксикации необходимо отметить, что мы отметили выраженный детоксикационный эффект даже у больных с высокими степенями эндогенной интоксикации.

Таким образом: преимуществами лапароскопической диагностики и лечения, как рассечение спаек, дренирование и санация брюшной полости сокращают длительность послеоперационного периода, послеоперационных осложнений и являются хорошей профилактикой рецидивов спаечной болезни.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

A			Д	
Абрамян Е.И.	77	Данилов А.М.		123
Азамов Д.Д.		Дворецкий С.Ю.		15
Азимов С.А.		Демин Д.Б.		
Акобирова С.А.		Демко А.Е.		
Алешков А.В.		Десяткин В.Б.		
Алиев А.К.		Джелиев О.А.		46
Алишихов А.М.		Доронин М.Б.		
Алишихов Ш.А.		Дубровский А.В.		
Амбарцумян В.М.		Дюков А.К.		
Анисимова К.А.		, ,		
Анисимов И.Н.				
Артюхов С.В.			T.	
Асадов Р.Н.			E	
Ахметов А.Д.		Елькин А.В.		112
		Емельянов С.И.		
		Ерёмин Ю.А.		
Г		Ермаков Н.А.		
Б		Ефанов Д.А.		3 56
Балин В.Н.	36 37	Ефанов д.л.		
Баскаев В.У.				
Бебуришвили А.Г.				
Бескровный Е.Г.			Ж	
Богданов Д.Ю.		M ME		2 4 56
Большаков С.В.		Желнинов М.Г.		3, 4, 56
Бугулова О.К.				
Быков Н.И.				
			3	
		Заикин С.И.		31, 145
В		Захаров Д.В.		
		Земляной В.П.		
Вахания Г.Г.		Зингеренко М.Б.		
Винник Ю.С.		Золотухин С.Ю.		
Волков Д.Ю.				
Волков Ю.М.	9			
			И	
			11	
Γ		Иваненко А.В.		155
T. 14.11		Израилов Р.Е.		149
Герасименко И.Н.		Ишутин А.А.		
Гершевич В.М.		-		
Григорьев А.Г.				
Гуслев А.Б.	13, 115			

Международная научно-практическая конференция **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ** многопрофильного стационара



К		Михайлов Д.В.	6
Varrenan III II	150 160 162		
Кадиров Ш.Н. Казакова С.С.			26
			112
Карапетян Г.Э.		мосягин б.б.	112
Карачун А.М.			
Климчук О.В.			
Коваленко Д.И Козлов К.К.			H
Комаров И.В. Копин Е.Ж.		Невельский В.В.	112
			150, 153
Кореневский В.А.	13	Неймарк А.Е.	79
Коренная В.В.		Нестеров С.С.	6
Коржук М.С.		Новожилов Е.В.	137, 139, 142
Косивцов О.А.		Норов А.Х.	80, 101, 105, 108
Кубачев К.Г.			
Кузратов Ф.Х.	60, 64		
Кульчиев А.А.			0
Кумуков М.Б.			U
Курбонов Д.М.		Орлов С.В	9
Курганов И.А.			24
Курцер М.А.	53	Ocumob 11.D.	21
Курыгин А.А.	55		
			П
Л			
Л		Панин А.В.	53
	17	Панин А.В. Панин С.И.	53
Лайков А.В.		Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р.	53 6 30
Лайков А.В. Левченко Е.В.	15	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В.	53 6 30 15
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л.	15 139	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А.	53 6 30 15 31
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В.	15 139 3, 4, 56, 125	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л.	53 6 30 15 31 84
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В.	53 6 30 15 31 84 100
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю.	53 6 30 15 31 84 100 53
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А.	53 6 30 15 31 84 100 53 84
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26
Лайков А.В	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 1139 26 116 84
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К. М Майстренко Н.А. Матвеев Н.Л.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30 58 27, 49	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В. Притыко А.Г.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26 116 84 84
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К. М Майстренко Н.А. Матвеев Н.Л. Махмадов Ф.И.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30 58 27, 49 60, 64	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В. Притыко А.Г. Прокопьев Г.Г.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26 116 84 84 84
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К. М Майстренко Н.А. Матвеев Н.Л. Махмадов Ф.И. Мельник Н.Л.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30 58 27, 49 60, 64 26	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В. Притыко А.Г. Прокопьев Г.Г. Прядко А.С.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26 116 84 84 84 85 86
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К. М Майстренко Н.А. Матвеев Н.Л. Махмадов Ф.И. Мельник Н.Л. Мехтиханов З.С.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30 58 27, 49 60, 64 26 68, 71	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В. Притыко А.Г. Прядко А.С. Пузанов С.Ю.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26 116 84 84 58 86 90, 91, 93, 94, 96, 98
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К. М Майстренко Н.А. Матвеев Н.Л. Махмадов Ф.И. Мельник Н.Л. Мехтиханов З.С. Мешков М.В.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30 58 27, 49 60, 64 26 68, 71 27	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В. Притыко А.Г. Прядко А.С. Пузанов С.Ю.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26 116 84 84 84 85 86
Лайков А.В. Левченко Е.В. Леонов А.Л. Лодыгин А.В. Лучкин А.Н. Лядов В.К. М Майстренко Н.А. Матвеев Н.Л. Махмадов Ф.И. Мельник Н.Л. Мехтиханов З.С.	15 139 3, 4, 56, 125 13, 115 30 58 27, 49 60, 64 26 68, 71 27 75	Панин А.В. Панин С.И. Пашаева Д.Р. Пелипась Ю.В. Первов Е.А. Петраки В.Л. Петрова Л.В. Петров Д.Ю. Петров Ю.А. Полетаева Д.В. Попов П.В. Порсев Г.В. Притыко А.Г. Прядко А.С. Пузанов С.Ю.	53 6 30 15 31 84 100 53 84 139 26 116 84 84 58 86 90, 91, 93, 94, 96, 98

	P		y
Разумовский А.Ю.	100	Унгурян В.М.	24
	26		137, 139, 142
	60, 64		
	80, 101, 105		
	80, 101, 105, 108		Φ
	112		Ψ
Ромащенко П.Н.	58	Фахрутлинов А.М	125
	115		160
Рутенбург Г.М.	13, 86, 115, 123, 155		91
			31, 145
•	C		
Савченко О.Р.	26		X
	116	Ханлогин Н В	15
	116		80
	120		147, 149
	145		149
	55		105
	33		93
	33, 123	•	
Симерницкии Б.П.	84		
	24, 133 56, 125		Ц
	84		ц
	53	Цыбоева Г.И.	108
	139	Чарчян Г.Л.	139, 142
	126	Черепанов Д.Ф.	115
		Чухлебова М.А.	115
	17		6
	21		150, 153
Султанова Ф.Н.	115		112
Сухопара Ю.Н.	24		155
		Эгамов Б.Ю.	159, 160, 162
		эгамов Ю.С.	159, 160, 162
	Т		
	132		
Тулупов А.Н.	133		

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО	
ВАРИАНТА ІРОМ ПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	
Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г.,	2
Бескровный Е.Г., Алешков А.В., Ефанов Д.А.	3
ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТАРР	
У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ	
Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г., Бескровный Е.Г.	4
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ	
МАЛОИПВАЗИВПАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Нестеров С.С.,	
веоуришвили А.г., панин С.и., пестеров С.С., Михайлов Д.В., Шарашкина Л.В., Вахания Г.Г	6
инланлов д.в., шарашкина л.в., валания г.г	0
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО	
ТРАНСПУПОЧНОГО ДОСТУПА	
Волков Ю.М., Винник Ю.С., Карапетян Г.Э., Орлов С.В., Волков Д.Ю	9
БЕСФИКСАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ	
ПАХОВАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА – ПРОФИЛАКТИКА	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕВРАЛГИЙ	
Гуслев А.Б., Рутенбург Г.М., Кореневский В.А., Лучкин А.Н.	13
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА	
Дворецкий С.Ю., Левченко Е.В., Комаров И.В.,	
Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Хандогин Н.В.	15
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ	
В ХИРУРГИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
В ХИРУРГИИ ЖИДКОСТНЫХ ОВРАЗОВАНИИ ВРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	
и завношинного нь остганства Демин Д.Б., Лайков А.В., Солодов Ю.Ю.	17
домин д.р., линков и.р., солодов юло	1 /

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Демин Д.Б., Солосин В.В., Григорьев А.Г2	21
РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Демко А.Е., Синенченко Г.И., Сухопара Ю.Н., Унгурян В.М., Осипов А.В	24
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ	
Десяткин В.Б., Попов П.В., Мосикян О.В., Ралка Б.В., Мельник Н.Л., Савченко О.Р	26
РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Емельянов С.И., Богданов Д.Ю.,	Í
Матвеев Н.Л., Алишихов Ш.А., Мешков М.В	27
ОДНОПОРТОВАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА Ермаков Н.А., Лядов В.К., Пашаева Д.Р3	30
Lpмаков П.А., Лядов В.К., Пашасва Д.Г	,0
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ И ПОЛИПОВИДНЫХ НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ	
Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А.	31
НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	X
Земляной В.П., Сигуа Б.В., Семин Д.С	33

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИАЛОЭНДОСКОПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Золотухин С.Ю., Балин В.Н.	36
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СЛЮНОКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ КРУПНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ Золотухин С.Ю., Балин В.Н.	37
ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ Коржук М.С., Копин Е.Ж., Козлов К.К.	38
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ Кубачев К.Г., Артюхов С.В	42
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Кульчиев А.А., Бугулова О.К., Баскаев В.У., Джелиев О.А	46
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л.	49
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Курцер М.А., Дубровский А.В., Панин А.В., Петров Д.Ю., Смирнов А.В.	53
СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ – ОДИ ИЗ ЭТАЛОНОВ СОЧЕТАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА Курыгин А.А., Семенов В.В	

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	
Лодыгин А.В., Желнинов М.Г., Синявский Э.А.,	
Ефанов Д.А., Ахметов А.Д., Бескровный Е.Г.	. 56
ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ «СВЕЖИХ»	
ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ	
Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К	. 58
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ	
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	
Махмадов Ф.И., Кузратов Ф.Х., Рафиков С.Р	. 60
КРИТЕРИИ ВЫБОРА НЕСТАНДАРТНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ	
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	
У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	
Махмадов Ф.И., Кузратов Ф.Х., Рафиков С.Р	. 64
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА	
ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ	
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Мехтиханов З.С	68
WICATИЛАНОВ Э.С.	. 00
ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ СПАЕК ПОСЛЕ	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ	
ОПЕРАЦИИ Мехтиханов З.С.	. 71
ЭДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ В СТЕНАХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	
В СТЕПАХ МНОГОПГОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ВОЛЬНИЦЫ Минаев С.В., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Анисимов И.Н	75
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПРИМЕНЕНИЯ	
МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
мел чнокаменной волезни Михин И.В., Доронин М.Б., Косивцов О.А., Абрамян Е.И	. 77
// 1 1 / 7 T	

БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ Неймарк А.Е., Соловьёва М.О., Анисимова К.А.	79
ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Норов А.Х., Рахматуллаев Р.Р., Курбонов Д.М., Рахматуллаев А.Р., Хасанов С.	80
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГНОЙНО-АБСЦЕДИРУЮЩИХ ВЕНТРИКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ Петраки В.Л., Симерницкий Б.П., Притыко А.Г., Асадов Р.Н., Петров Ю.А., Ишутин А.А., Азамов Д.Д., Климчук О.В., Прокопьев Г.Г., Слабука Н.В	84
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА Пузанов С.Ю., Алишихов А.М., Рутенбург Г.М., Богданов Д.Ю.	86
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА НАДПОЧЕЧНИКАХ Пучков К.В., Пучков Д.К.	90
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД), РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК Пучков К.В., Пучков Д.К., Филимонов В.Б.	91
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ N.O.S.E. В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ Пучков К.B., Хубезов Д.А., Пучков Д.К.	93
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОЗИТНЫХ СЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Пучков К.В., Пучков Д.К.	94

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ГОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ИНВАЗИВНОМ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ	
Пучков К.В., Коренная В.В., Пучков Д.К.	. 96
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПОЛИПОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	
Пучков К.В., Пучков Д.К.	. 98
ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНО ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	
Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г., Петрова Л.В	100
МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ Рахматуллаев Р.Р., Норов А.Х., Рахматуллаев А.Р.	101
СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ М.Х. Рахматуллаев Р.Р., Норов А.Х., Рахматуллаев А.Р., Ходжаев	105
SILS PORT В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА Рахматуллаев Р.Р., Акобирова С.А., Норов А.Х., Цыбоева Г.И	108
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ Решетов А.В., Мосягин В.Б., Невельский В.В., Коваленко Д.И., Штепа О.Е., Елькин А.В.	112
ВАРИАНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ВЫРАЖЕННЫМИ РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	[
Рутенбург Г.М., Лучкин А.Н., Гуслев А.Б., Румянцев И.П., Черепанов Д.Ф., Ерёмин Ю.А., Чухлебова М.А., Султанова Ф.Н	115

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ Салахов Е.К., Салахов К.К., Порсев Г.В.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ПАХОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИМПЛАНТАТОВ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ТИПО-РАЗМЕРОВ Сбродов М.И., Богданов Д.Ю., Курганов И.А., Кумуков М.Б	. 120
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ Сигуа Б.В., Рутенбург Г.М., Дюков А.К., Данилов А.М	
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ Синявский Э.А., Лодыгин А.В., Фахрутдинов А.М.	125
ТОТАЛЬНАЯ ПАРИЕТАЛЬНАЯ ПЛЕВРЭКТОМИЯ СПОСОБОМ «ЛЕКАЛО В ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОМ ПОСОБИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ Соколов С.А., Коржук М.С., Гершевич В.М.	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ЖИВОТА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ Терехин А.А.	.132
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ Тулупов А.Н., Синенченко Г.И.	.133
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММИРУЕМОЙ РЕЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ОСЛОЖНЕННЫ АППЕНДИЦИТОМ Уханов А.П., Захаров Д.В., Новожилов Е.В., Большаков С.В.	
11050/Million 2.D., Dollbergo C.D.	.151

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ	
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ	
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА	
Уханов А.П., Новожилов Е.В., Большаков С.В.,	
Леонов А.Л., Соболева Л.М., Полетаева Д.В.,	
Амбарцумян В.М., Захаров Д.В., Чарчян Г.Л.	139
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	
СРАБНИ ГЕЛЬНЫЙ АПАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМ	пата
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	IVIVI
В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	
Уханов А.П., Чарчян Г.Л., Новожилов Е.В.,	
Большаков С.В., Захаров Д.В	1/12
вольшаков С.В., Захаров Д.В.	142
ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГОВОЙ ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИИ	
ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	
У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА	
Фролов П.А., Заикин С.И., Семенихин В.А	145
- povoz, ownom e.a., o volument za	
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИ	Я
С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОГО	
РЕЗЕРВУАРА ПО БРИКЕРУ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ	
МКНЦ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ	
Хатьков И.Е., Зингеренко М.Б., Мирзоев К.М.	147
ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ	
Хатьков И.Е., Израилов Р.Е., Хисамов А.А	149
ПЕРВЫЙ ОПЫТ УДАЛЕНИЯ GIST МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ	
первый опыт удаления бізт методом эндоскопической ТУННЕЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ	
ТУППЕЛЬНОЙ ГЕЗЕКЦИИ Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Казакова С.С	150
шишин к.б., педолужко и.го., казакова С.С	. 130
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ HYBRID APC В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТ.	A
Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Казакова С.С.	

ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКАЯ ВНЕБРЮШИННАЯ ПОЯСНИЧНАЯ	
СИМПАТЭКТОМИЯ: ПОКАЗАНИЯ И ТЕХНИКА	
Щедренок В.В., Рутенбург Г.М., Иваненко А.В.	155
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕ	ЧНОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТО	Л,
В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	,
Эгамов Ю.С., Азимов С.А., Кадиров Ш.Н., Эгамов Б.Ю	159
РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕ	ЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ, В СТАРЧЕС	
BO3PACTE	
Эгамов Ю.С., Кадиров Ш.Н., Филатова Н.В., Эгамов Б.Ю.	160
, 1	
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА	
НА ПОЧВЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	
Эгамов Ю.С., Кадиров Ш.Н., Эгамов Б.Ю.	162
51 amob 10.0., Radnpob 111.11., 51 amob b.10.	102

Научное издание

Международная научно-практическая конференция

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Издательство «Человек и его здоровье» 191025, Санкт-Петербург, а/я 2 Тел./факс: +7 (812) 380-31-55, 380-31-56 ph@peterlink.ru www.congress-ph.ru

Технический редактор: Кольцова И.В. Дизайн, верстка: Ларионова О.В. Электронное издание

Подписано в печать 29.10.2014 Формат 60х90 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс Нью Роман» Печать офсетная. Тираж 200 экз.