



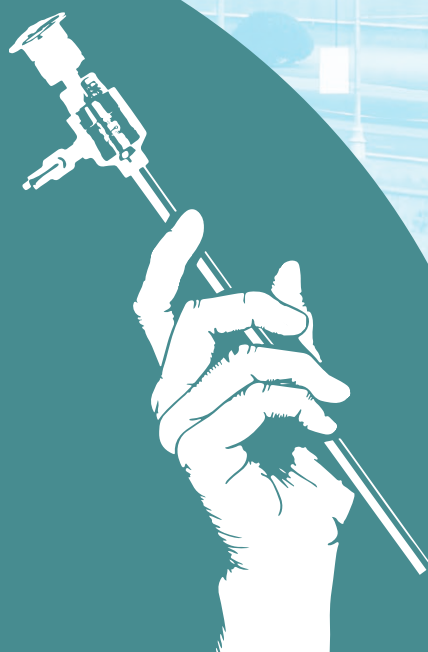
Московский
хирургический
научный центр



35
ЛЕТ

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



МОСКВА
7-8 АПРЕЛЯ 2025 ГОДА

www.roeh.russian.surgery

МАТЕРИАЛЫ

ЮБИЛЕЙНОГО КОНГРЕССА
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

**«35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ.
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»**

г. МОСКВА, 7-8 АПРЕЛЯ 2025 г.

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

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

«35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

1. Лапароскопические операции у больных с распространенным перитонитом

Лебедев Н.В., Родригес А.А., Джагхун К.М.,
Сынкова М.Д.

Москва

ФГАОУВО «Российский университет дружбы
народов им Патриса Лумумбы

Актуальность. На протяжении десятилетий единственным вариантом оперативного доступа при распространенном перитоните считали срединную лапаротомию. В последнее десятилетие опубликовано ряд работ допускающих использование лапароскопических операций (ЛО) у данной группы больных. Однако в мировом хирургическом сообществе к настоящему времени не выработаны критерии об абсолютных и относительных противопоказаниях к выполнению ЛО при распространенном перитоните. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 588 пациентов с окончательным диагнозом распространенный перитонит, поступившим в клинику факультетской хирургии Российского университета дружбы народов. Наиболее частыми причинами развития перитонита были: деструктивные формы острого аппендицита (273 наблюдения, 46,4%), перфорация гастро-дуоденальных язв (165 наблюдения, 28,1%), острый холецистит (59 случаев, 10,0%). Умерли 57 (9,7%) пациентов. Основными причинами смерти являлись сепсис(септический шок) 35 (61,4%), острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточности у 10 (17,5%), тромбоэмболия легочной артерии у 6 (10,5%), раковая интоксикация у 4(7,1%), инфаркт головного мозга 2(3,5%). Полученные результаты. На первом этапе хирургического лечения 436 (74,1%) пациентам проводили диагностическую лапароскопию, оценка результатов которой у 299 (68,6%) пациентов позволила выполнить полноценное оперативное вмешательство лапароскопически. Конверсия доступа, из за невозможности провести операцию в необходимом объеме, проведена у 137 (31,4%) пациентов. 152 (25,9%) пациентам лапароскопию не проводили и у них единственным доступом была срединная лапаротомия. Для определения вероятности летального исхода использовали Мангеймский перитонеальный индекс (MPI), систему прогноза перитонита (СПП), WSES Sepsis Severity Score (WSES SSS). В наших наблюдениях 222 из 355 больных с распространенным перитонитом (менее 21 балла по МПИ) операцию удалось осуществить посредством ЛО. У 33 пациентов произведена конверсия доступа. Летальных исходов после ЛО не было. При лапаротомии умер 21 пациент. Аналогичные результаты получены использования ЛО при распределении больных по шкалам СПП (при баллах 1-10) и WSES SSS (2- 8 баллов). В этих группах после ЛО умерло 2 пациента с баллами WSES SSS 4 и 8. Дать какие-либо рекомендации о тактике хирургического лечения исходя из показателей MPI, СПП и WSESSS не представляется возможным. Данные системы достоверно прогнозируют исход пери-

тонита (выжил/умер) — чем выше балл, тем более вероятен смертельный исход. Вместе с тем, с практических позиций, данные системы не позволяют помочь хирургу принять правильное тактическое решение. В меньшей степени это относится к решению о ЛО, проведение которой возможно при баллах 0-29 по MPI и 0-10 по СПП. Обсуждение. Высокую летальность при лапаротомии по сравнению с ЛО можно объяснить тяжестью состояния больного, более выраженными изменениями в брюшной полости и техническими трудностями оперативного вмешательства. Используемые ныне системы прогноза исхода перитонита не учитывают или учитывают лишь поверхностно данные признаки, играющие большое значение в выборе оперативного доступа. При этом, независимо от балла МПИ, СПП, WSES SSS абсолютными противопоказаниями к проведению лапароскопической операции являются: 1. Плотные неснимаемые наложения фибрина, межкишечные абсцессы, гнойные карманы 2. ВБД более 20 мм.рт. ст. или расширение диаметра тонкой кишки свыше 3 см. 3. Сепсис или септический шок (qSOFA 2-3 балла) 4. Открытые операции (2 и более) в верхнем этаже брюшной полости в анамнезе. 5. Декомпенсированные нарушения сердечно-сосудистой или дыхательной систем. Больные с нестабильной гемодинамикой. 6. Технические трудности. Конверсию использовать при малейших сомнениях. Выводы. Определяющими факторами для проведения ЛО при распространенном перитоните являются тяжесть состояния больного, характер интраабдоминальные находки и квалификация хирурга.

2. Реальные возможности и пути расширения видеолaparоскопических оперативных вмешательств при остром обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки

Тотилов З.В., Тотилов В.З., Магомадов Э.А.,
Абдурзаков М-С. А-С., Халлаев Р.А.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская
академия

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым обтурационным нарушением проходимости ободочной кишки (ООНПОК) путем создания условий для выполнения радикальных лапароскопических вмешательств аналогичных плановым. Материалы и методы. В исследование вошли результаты лечения 174 пациентов, доставленных в стационар с клиникой ООНПОК. Из них у 144 (82,8%) больных на момент поступления клинические проявления ООНПОК наблюдались более суток. Средний возраст больных составлял 69±4,3 лет. Лечение всех пациентов осуществлялось согласно разработанной в клинике хирургической тактике, что дало возможность

больным с ООППОК создать условия для осуществления радикальных вмешательств, в том числе лапароскопических, идентичные плановым. Результаты и их обсуждение. Из специальных методов диагностики при поступлении использовались обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, компьютерная томография, колоноскопия и ирригография, которые позволили как при поступлении, так и в динамике на фоне декомпрессионной терапии у всех больных определить показания к проведению как консервативных, так и малоинвазивных способов декомпрессии толстой кишки, а также сроки их проведения. У 57 (32,7%) больных диагностирована I стадия ООППОК, у 65 (37,4%) – II стадия и у 52 (29,9%) пациентов – III стадия. Все пациенты с I стадией были подвергнуты радикальным вмешательствам после купирования ООППОК и осуществления необходимой коррекции гомеостаза и фоновой патологии спустя 7-10 дней. Пациентам со II и III стадиями выполнялась попытка реканализации опухолевой стриктуры, которая была успешна у 9 (13,8%) больных со II и у 8 (15,4%) с III стадией. В дальнейшем им осуществлены отсроченные хирургические вмешательства, так же, как и пациентам с I стадией. Остальным больным со II и III стадиями после предоперационной подготовки (при II стадии в течение 24 часов, при III в течение 12 часов) сначала с целью разрешения ООППОК были сформированы разгрузочные илео или колостомы из минидоступа, в том числе с использованием разработанного нами оригинального ранорасширителя, а 5 больным, у которых предполагалось на втором этапе выполнение лапароскопической правосторонней гемиколэктомии латеромедиальным или медиалатеральным доступом илеостомы наложены оригинальными способами. Всего после формирования разгрузочных стом умерло 3 (1,7%) пациентов. У всех остальных больных предложенная тактика позволила ликвидировать непроходимость, провести необходимую предоперационную подготовку с коррекцией имеющихся нарушений, нормализовать основные биохимические параметры и внутрибрюшное давление, провести уточненную диагностику и снизить риск анестезии к выполнению второго радикального этапа лечения. У 91 (57,2%) пациента были определены показания к лапароскопическим оперативным вмешательствам, а у оставшихся 68 (42,8%) больных к открытым. У 6 пациентов из 91 произошел переход на лапаротомию. Остальным 85 больным операции были выполнены лапароскопически, при этом умерло 2 (2,4%) пациента, послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) больных. Заключение. Использование разработанной хирургической тактики и новых методик формирования декомпрессионных стом у больных с ООППОК позволили в условиях, идентичных плановым, осуществить радикальные лапароскопические вмешательства у 48,9% больных, при этом с сопоставимым с плановой хирургией и онкологией количеством послеоперационных осложнений и летальных исходов.

3. Влияние и эффективность операции Стронга при остром деструктивном панкреатите в первой фазе заболевания на моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки

Маркова М.Н., Савельев В.В., Винокуров М.М.

Якутск

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

Актуальность. Одним из частых осложнений течения деструктивного панкреатита является нарушение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. В связи с этим, ведется поиск наиболее эффективных неинвазивных и инвазивных способов коррекции дуоденостаза. В свою очередь, особенности и специфика заболевания ограничивают использование инвазивных методов хирургической коррекции такого рода осложнения, что и обуславливает актуальность. Материал и методы. Представленная работа основана на анализе результатов комплексного лечения 95 больных с острым деструктивным панкреатитом, у которых имелись нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. Все пациенты проходили комплексное лечение в Республиканской больнице №2 – Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2024 гг. У 21 (22,1%) больных возникли показания для выполнения лечебно-диагностической лапароскопии. При этом у 10 (47,6%) из них, выполнена операция Стронга. В остальных случаях ? у 11 (52,4%) больных, попытка ее осуществления была неэффективной ввиду возникших технических трудностей (пневматизация кишечника, наличие перипанкреатического инфильтрата в области восходящей части двенадцатиперстной кишки и связки Трейца, повышенная кровоточивость тканей и другие). Для выполнения оперативного вмешательства использовался эндохирургический комплекс Karl Storz Endovision® DCI® с системой авторотации, набор лапароскопов DCI® HOPKINS®II, троакаров, ножниц, диссекторов Karl Storz Click'Line. Для определения уровня интрадуоденального давления и степени дуоденостаза использовали метод открытого катетера. Следуя основной цели исследования ? ретроспективно оценить влияние и эффективность операции Стронга при остром деструктивном панкреатите в первой фазе заболевания на моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки, 21 больной которым выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия, были разделены на две группы. Первая группа, 10 (47,6%) больных, которым операция Стронга была выполнена и вторая группа ? 11 (52,4%) больных, осуществление которой ввиду технических трудностей стало невозможным. В обеих группах в послеоперационном периоде, с целью коррекции нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки дополнительно, осуществлялось внутривенное введение препарата метоклопрамид ? по 0,5 мг на 1 кг массы тела

в течение часа. Результаты. В первые сутки от момента начала комплексной терапии в послеоперационном периоде, достоверных различий в группах исследования не обнаружено. Начиная со 2-х суток, в группе больных с операцией Стронга, отмечено более быстрое снижение уровня интрадуоденального давления в среднем на $20,3 \pm 3,3$ мм вод. ст./сутки по сравнению с группой, где она выполнена не была $10,1 \pm 1,5$ мм вод. ст./сутки. Однако, начиная с 5-х суток комплексного лечения, скорость снижения интрадуоденального давления в обеих группах была одинакова, и приближалась к значениям $10,8 \pm 3,1$ мм вод. ст./сутки. Выводы. В настоящее время, инвазивные вмешательства при деструктивном панкреатите в первой фазе заболевания, в том числе лапароскопические, имеют ограничения по применению ввиду низкой эффективности, а также риска инфицирования зон некротической деструкции. Выполнение операции Стронга в первой фазе заболевания в ходе лечебно-диагностической лапароскопии достоверно не повышает эффективность коррекции моторно-эвакуаторных нарушений двенадцатиперстной кишки. По всей видимости, это связано с активным адгезивным процессом в послеоперационном периоде в зоне дуоденоюнального перехода на стадии формирования перипанкреатического инфильтрата в I фазе заболевания, что в конечном итоге нивелирует предпринятые попытки хирургической коррекции дуоденостаза при помощи операции Стронга.

4. Спектр оперативных вмешательств в эндоскопической проктологии при операции степлерной трансанальной резекции прямой кишки.

Пахолук Ю.П., Кравцов Ю.А., Быстрицкая А.С.,
Ворошилов А.Д.

Владивосток

ФГБОУ ВО ТГМУ

Пожалуй, ни один из методов хирургического вмешательства при геморроидальной болезни не имеет столько названий, как операция по имени итальянского профессора А. Longo (1998). Изначально основным предназначением операции Лонго считалась геморроидальная болезнь III-IV ст., осложненная выпадением узлов. Отсюда и термин англоязычной литературы – «Procedure for prolapsing hemorrhoids» с аббревиатурой «PPH». Известен также термин «степлерная геморроидопексия», были предложения называть операцию Лонго «степлерной пролапсэктомией». Ряд авторов использовали термин «степлерная геморроидэктомия» (SH), «степлерная геморроидопексия». Цель исследования. Целью изобретения является расширение спектра оперативных вмешательств в проктологической практике с

применением механической резекции прямой кишки, тем самым добиваясь улучшения результатов лечения больных при хроническом и осложненном течении проктологических заболеваний. Материалы и методы: Применяя операцию Лонго в Приморском крае с 2017 года, мы заметили её некоторые побочные эффекты - помимо лечения геморроидальной болезни, степлерная геморроидэктомия обеспечивает надежный гемостаз при разрывах и трещинах анального канала с кровотечением. В случае сочетания полного параректального свища и хр. геморроя степлерная резекция кишки приводит к закрытию свища. Проходит ректоцеле I-II ст. и купируются проктогенные запоры. Были изучены результаты лечения 96 пациентов с острым и хроническим осложненным геморроем, в сочетании со параректальными свищами (8 пациентов), ректоцеле и проктогенными запорами (18), полипами анального канала и прямой кишки (6), У одного пациента была пресакральная киста, выявленная при эндоУЗИ, одна пациентка была с иатрогенным повреждением прямой кишки во время задней кольпорафии. Пациенты находились в отделении хирургии МЦ «Здоровье» с 2017 по 2023 г., большинство пациентов было с III и IV ст. геморроидальной болезни. При поступлении пациента с геморроем проводили одномоментное оперативное лечение сочетанной патологии. Выполняли операцию циркулярной резекции слизистой прямой кишки по принципу метода Лонго, которая имела некоторые отличия от типичной. Для операции использовали одноразовый набор инструментов фирмы аппарат PYGC производства PRECISION (CHANGZHOU) MEDICAL INSTRUMENTS, с помощью которого резецировали прямую кишку, в том числе, для лечения осложнений геморроя, полипах и образованиях прямой кишки, параректальных свищей, хронических проктогенных запорах, выпадениях прямой кишки, ректоцеле, иатрогенных повреждениях, трансректальных манипуляциях при биопсии предстательной железы. Обсуждение результатов. В отдаленные сроки наблюдения при эндоскопии выявлено, что послеоперационный рубец формируется в просвете прямой кишки, в виде тонкой, малозаметной линии отсутствуют следы швов на коже в виде «остаточных кожных бахромок». Горизонтальное расположение рубца вне зоны сфинктеров исключает появление стриктур анастомоза и стеноза ануса – одного из частых осложнений «типичной» радикальной геморроидэктомии. Таким образом: при тромбозе геморроидальных узлов возможно радикальное излечение пациента в остром периоде заболевания. В случае выпадения стенки кишки и ее ущемления применима экстренная операция с одновременной радикальной геморроидэктомией по методу Лонго. Степлерная геморроидэктомия обеспечивает надежный гемостаз при разрывах и трещинах. 4) В случае комбинации параректального свища и хр. геморроя степлерная резекция кишки приводит к закрытию свища. Проходит ректоцеле I-II ст и купируются проктогенные запоры. Указанные данные побудили нас разработать новый хирургический подход к лечению осложненных форм геморроя (патент РФ. № 2763248) и параректальных свищей (патент РФ №

2023118619(13), к ведению послеоперационного периода Выводы. Новый хирургический подход к лечению геморроидальной болезни в сочетании с хирургической патологией прямой кишки расширяет спектр применения сшивающих аппаратов в проктологии.

5. Анализ результатов выполнения чрескожной пункционной эндоскопической гастростомии

Самсонян Э.Х. (1), Баширов Р.А. (2),
Фролова Е.В. (1), Емельянов С.И. (1)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» Минздрава России,
- 2) Больница Центросоюза Российской Федерации
– медицинское учреждение

Актуальность. Чрескожная пункционная эндоскопическая гастростомия (ЧПЭГ) является ключевым оперативным вмешательством у пациентов с дисфагией различного генеза, нуждающихся в длительном энтеральном питании. Однако, в 30-35% случаев при выполнении ЧПЭГ возникают трудности на этапе выбора места пункции передней брюшной стенки и передней стенки желудка из-за отрицательной диафаноскопии. Факторами риска неэффективной диафаноскопии при установке гастростомы являются ожирение, выраженный спаечный процесс в брюшной полости на фоне ранее проведенных хирургических операций на органах желудочно-кишечного тракта, канцероматоз брюшины, асцит, нетипичное расположение желудка, высокое стояние купола диафрагмы и подреберное расположение желудка у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. Цель исследования. Оптимизировать оперативную технику ЧПЭГ при отрицательной диафаноскопии. Проанализировать результаты выполнения ЧПЭГ у пациентов с дисфагией различного генеза. Материалы и методы. В период с 2019 по 2023 год нами проведен анализ результатов выполнения ЧПЭГ у 129 пациентов с дисфагией различного генеза. В группу 1 вошли 69 пациентов (53,5%), которым ЧПЭГ было выполнено по методике «на себя». В группу 2 включены 60 пациентов (46,5%), которым ЧПЭГ было выполнено по методике «от себя». В группе 1 у 31 пациента (44,9%) в связи с отрицательной диафаноскопией при выборе места пункции передней брюшной стенки ЧПЭГ выполнена под ультразвуковым контролем с применением эндоскопического баллона. У 25 пациентов (80,6%) из группы 1, у которых отмечалось типичное расположение желудка, но при этом отрицательная диафаноскопия, мы использовали эндоскопический баллон малого диаметра (15-25 мм) путем проведения его через инструментальный канал эндоскопа и успешной визуализации под ультразвуковым контролем. У 6 пациентов (19,4%)

из группы 1, у которых было выявлено подреберное расположение желудка с отрицательной диафаноскопией мы применили баллон большого диаметра (35-60 мм), по типу интрагастрального, проводимый параллельно эндоскопу, и далее путем давления эндоскопа на баллон выводили желудок ниже реберной дуги, что позволило нам выполнить чрескожную пункцию передней брюшной стенки под ультразвуковым контролем. Результаты. Технический и клинический успех составил 100% случаев в обеих группах. Время операции в группе 1 было $11,9 \pm 2,8$ минут, в группе 2 – $21,7 \pm 4,3$ минут. В группе 2 у 2 пациентов (3,3%) отмечено интраоперационное кровотечение в области формирования гастростомы, гемостаз достигнут методом плотного прижатия бампера и антибампера к стенкам желудка в течение суток. Введение большого объема питательной смеси через гастростому привело к развитию аспирационной пневмонии у 1 пациента (1,4%) из группы 1 и у 2 пациентов (3,3%) из группы 2. Данным пациентам была выполнена санационная бронхоскопия и назначена антибиотикотерапия с положительным эффектом. В группе 1 у 2 пациентов (2,9%) и в группе 2 у 3 пациентов (5%) отмечалась локальная гиперемия в области послеоперационной раны, которое купировалось применением антибактериальной терапии и ежедневными перевязками с антибактериальной мазью. Подтекание желудочного содержимого мимо стомы наблюдалось у 2 пациентов (2,9%) в группе 1 и у 3 пациентов (5%) в группе 2, им проведена замена гастростомической трубки. Все зафиксированные различия оказались статистически незначимыми в обеих группах ($p > 0,05$). Шестимесячная выживаемость пациентов в целом составила 89,8 %. Выводы. Применение ЧПЭГ позволяет одинаково успешно и эффективно восстановить физиологичное энтеральное питание у больных с длительной дисфагией различного генеза в независимости от метода применяемой оперативной техники. При этом, у пациентов с типичным и подреберным расположением желудка при отрицательной диафаноскопии во время выбора места установки гастростомы целесообразно применение эндоскопического баллона под ультразвуковым контролем, который продемонстрировал высокую эффективность, удобство и безопасность методики формирования гастростомы.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

6. Анализ результатов выполнения эндоскопического стентирования ободочной кишки у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи

Самсонов Э.Х. (1), Емельянов С.И. (1),
Баширов Р.А. (2), Секундова М.А. (2)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» Минздрава России,
- 2) Больница Центросоюза Российской Федерации
– медицинское учреждение

Актуальность. Эндоскопическое стентирование (ЭС) ободочной кишки в большинстве случаев применяется у пациентов с нерезектабельной опухолевой стриктурой ободочной кишки в качестве паллиативного метода восстановления просвета ободочной кишки, тем самым улучшая качество жизни пациента. Однако, несмотря на значительную эффективность применения данной методики декомпрессии толстой кишки, вопрос оптимизации оперативной техники ЭС ободочной кишки в сложных случаях доступа к опухолевому просвету, а также уменьшение частоты осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах требует дальнейшего изучения. Цель исследования. Оптимизировать оперативную технику эндоскопического стентирования ободочной кишки. Проанализировать результаты применения эндоскопического стентирования ободочной кишки у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями ободочной кишки. Материалы и методы. В период с 2016 по 2023 год проанализированы результаты применения эндоскопического стентирования различных отделов ободочной кишки у 97 пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями, нуждающихся в паллиативной помощи: 51 пациенту (52,6%) было выполнено ЭС ректосигмоидного отдела; 39 (40,2%) – ЭС сигмовидной кишки; 7 (7,2%) – ЭС печеночного изгиба ободочной кишки. Все пациенты, которым выполнялась ЭС ободочной кишки, были с клинической картиной толстокишечной непроходимости, без явлений перитонита и перфорации полого органа. При выполнении ЭС ободочной кишки применялись металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Colonic. ЭС ободочной кишки выполнено под рентген-эндоскопическим контролем в 93,9% случаев (91 стентирование), а в 6,1% случаев (6 стентирований) – только под эндоскопическим контролем. У 18 пациентов (18,6%) в процессе выполнения ЭС ободочной кишки визуализировать опухолевый просвет и адекватно позиционировать колоноскоп не удалось в связи с труднодоступной локализацией опухолевого просвета, выраженным спаечным процессом и фиксацией ободочной кишки. В связи с этим, мы применили прозрачный пластиковый колпачок на дистальном конце колоноскопа, что позволило нам визуализировать опухолевый просвет, адекватно позиционировать колоноскоп и эффективно выполнить ЭС. Результаты. Техни-

ческий и клинический успех (разрешение симптомов толстокишечной непроходимости) достигнут нами в 98,9% случаев. У 1 пациента (1,1%) на 2-е сутки после ЭС ободочной кишки выявлена миграция металлического стента в дистальном направлении от опухолевой стриктуры. Данному пациенту выполнено формирование колостомы с положительным эффектом. Интраоперационных осложнений, а также эпизодов кровотечений и перфораций в нашем исследовании не отмечено. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был отмечен у 20 пациентов (20,7%), при этом у 5 пациентов (5,1%) была зафиксирована хронизация абдоминальных болей. Через 3 месяца контрольного наблюдения повторное рестентирование ободочной кишки по типу «стент-в-стент» было выполнено 14 пациентам (14,4%): 7 пациентам (7,2%) по причине рецидива повторной обструкции стента опухолью сквозь ячейки стента, 7 пациентам (7,2%) – на фоне продолженного роста опухоли в проксимальном или дистальном направлениях. На фоне погрешности в диете у 12 пациентов (12,4%) возникла обтурация стента плотными каловыми массами. Данным пациентам выполнена эндоскопическая санация ободочной кишки с положительным эффектом. Трехмесячный показатель летальности пациентов в целом составил 12,4%. Выводы. Методика эндоскопического стентирования различных отделов ободочной кишки, применяемая в качестве паллиативного метода декомпрессии опухолевого стеноза ободочной кишки, обладает высокой клинической эффективностью и безопасностью. Применение дистального прозрачного пластикового колпачка считаем целесообразным с целью адекватного эндоскопического позиционирования, и соответственно, успешного проведения ЭС ободочной кишки при наличии труднодоступной локализации опухолевого просвета.

**7. Оптимизация оперативной техники
эндоскопического стентирования опухолевого
стеноза выходного отдела желудка
и двенадцатиперстной кишки при сложном
доступе**

Самсонов Э.Х. (1), Емельянов С.И. (1),
Курганов И.А. (1), Баширов Р.А. (2),
Секундова М.А. (2)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» Минздрава России,
- 2) Больница Центросоюза Российской Федерации
– медицинское учреждение

Актуальность. Применение эндоскопического стентирования (ЭС) выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки металлическим стентом позволяет эффективно и быстро добиться восстановления просвета органа при нерезектабельной опухоли. Однако, во время проведения ЭС опухолевой стриктуры желудка и двенадцатиперстной кишки могут возникнуть определенные сложности при установке стента на фоне труднодоступной локализации опухолевого просвета по разным анатомическим причинам, что может являться факторами технической и клинической неудачи ЭС. Цель исследования. Оптимизировать оперативную технику эндоскопического стентирования опухолевого стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. В период с 2022 по 2023 год нами было выполнено ЭС выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки с применением дистального прозрачного колпачка у 4 пациентов с труднодоступной локализацией опухолевого просвета. Причинами труднодоступной локализации опухолевого просвета у данных пациентов являлись массивная рыхлая опухоль, с выраженной деформацией антрального отдела желудка кверху. У всех пациентов отмечалась клиническая картина выраженного гастростаза (тошнота и многократная рвота после приема пищи, тяжесть в эпигастриальной области) на фоне опухолевого декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки без явлений перфорации полого органа и перитонита, что явилось показанием к проведению паллиативного ЭС. При ЭС выходного отдела желудка и 12-перстной кишки мы применяли металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Duodenal. Все 4 случая ЭС были выполнены под рентген-эндоскопическим контролем. По данным предоперационной эзофагогастродуоденоскопии у всех 4 пациентов определялась массивная рыхлая опухоль выходного отдела желудка с переходом на луковицу двенадцатиперстной кишки с выраженной деформацией антрального отдела желудка кверху, что не позволяло нам адекватно позиционировать эндоскоп и визуализировать опухолевый просвет. В связи с этим, при проведении ЭС был установлен прозрачный пластиковый колпачок на дистальном конце эндоскопа, который

позволил качественно позиционировать эндоскоп в просвете желудка и визуализировать оставшийся опухолевый просвет и, соответственно, провести струну-проводник за зону опухолевого стеноза. Данные манипуляции позволили выполнить успешную установку металлического стента в опухолевый стеноз выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты. Технический успех и клинический успех (купирование явлений выраженного гастростаза) был достигнут во всех 4 случаях (100%). Интраоперационных осложнений, а также эпизодов кровотечений и перфораций отмечено не было. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде в течение 2-х суток отмечался выраженный болевой синдром в эпигастриальной области на фоне постепенного раскрытия металлического стента. У 1 пациента при контрольном обследовании через 6 месяцев отмечен рецидив повторной обструкции просвета стента опухолью на фоне продолженного роста в проксимальном направлении. В связи с чем, данному пациенту было выполнено рестентирование выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки по типу «стент-в-стент». Шестимесячная выживаемость пациентов в целом составила 83,4%. Выводы. Методика эндоскопического стентирования опухолевого стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется высокой клинической эффективностью и безопасностью у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Также мы считаем, что применение дистального прозрачного колпачка при проведении ЭС позволяет успешно и качественно выполнить оперативное вмешательство, являясь надежным способом улучшения визуализации труднодоступного опухолевого просвета.

**8. Экспертный подход к оценке результатов
лапароскопических операций при прободной
язве на базе методологии доказательной
медицины.**

Панин С.И. (1), Нечай Т.В. (2), Сажин А.В. (2)

Москва, Волгоград

- 1) ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России
- 2) ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Цель работы. Изучить сравнительные результаты лапароскопического и лапаротомного ушивания прободной язвы с использованием подходов доказательной медицины. Материалы и методы. В работе использованы метааналитическая и метаэпидемиологическая методики. Поиск в Cochrane Library, PubMed, Embase, CINAHL, eLibrary и ClinicalTrials.gov проведен в электронном (с использованием соответствующих фильтров) и ручном (методика snowballing) режимах в период до 1 июня 2024

г. Для оценки качества доказательной базы использованы механизмы критического анализа. Статистические расчеты проведены с использованием Review Manager 5.4 и программного обеспечения для последовательного экспертного анализа (TSA). Полученные результаты. Метаэпидемиологический анализ показал, что на современном этапе доказательная база лапароскопической хирургии прободной язвы представлена восемью первичными (РКИ) и шестнадцатью вторичными научными исследованиями (систематические обзоры с/без метаанализов), оценивающих результаты лечения прогностически благоприятных пациентов. При этом выводы вторичных научных исследований варьируют в зависимости от ряда факторов и не являются согласованными. Пересмотр текущих метаанализов с определением необходимого количества наблюдений (DARIS - diversity-adjusted required information size) и экспертной оценкой в рамках TSA анализа подтвердили, что лапароскопическое ушивание прободной язвы, по сравнению с лапаротомным вмешательством сопровождается менее выраженным болевым синдромом в ближайшем послеоперационном периоде (DARIS достигнут на 100%). По визуальной аналоговой шкале, в первые 24 часа разница средних в пользу лапароскопических операций составляет -1.95 [95%ДИ от -2.9 до -1.1], на третьи сутки послеоперационного периода - -1.36 [95%ДИ от -2.1 до -0.6]. Расчетные значения DARIS для длительности операций и продолжительности стационарного лечения составили 40,1% и 14,6% соответственно, а последовательный экспертный анализ пока не может подтвердить значимых преимуществ лапароскопических вмешательств. Дальнейшие исследования в отношении показателей послеоперационной летальности, вероятности возникновения интраабдоминальных инфекционных осложнений не очень многообещающие, поскольку после объединения результатов восьми рандомизированных исследований DARIS не превышает 5% от необходимого количества наблюдений. Заключение. Основным значимым преимуществом лапароскопического ушивания прободной язвы является менее выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде. Из-за недостаточного объема доказательной базы, судить о других вероятных преимуществах лапароскопических операций можно лишь на уровне тенденций.

9. Большие языковые модели в хирургии: волшебник Изумрудного Города?

Нечай Т.В., Сажин А.В., Богомолова А.К.,
Лобан К.М., Суглоб В.В.

Москва

Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

Введение. ChatGPT - это неспециализированная большая языковая модель (ЯМ), одна из наиболее популярных неспециализированных нейросетей, созданная при помощи технологий машинного обучения для генерации логически связного текста в ответ на запрос пользователя. Прогнозируется, что роль подобных ЯМ будет увеличиваться в получении информации для клинических исследований, медицинского образования и лечения пациентов. В настоящее время ЯМ набирают популярность как источники актуальной информации по различным медицинским вопросам, особенно среди молодых специалистов. В то же время точность ответов не гарантируется самой нейросетью, а источники информации скрыты от пользователя. Цель. Оценить качество рекомендаций ChatGPT 3.5 как инструмента поддержки принятия клинических решений. Методы. Нейросети была отведена роль профессионала здравоохранения и затем предложено ответить на 5 распространенных вопросов о лечении паховых грыж. По условиям ChatGPT было предписано использовать только специализированные медицинские базы данных (SCOPUS, PubMed, WoS и др.). Для каждого утверждения были заданы специальные условия обязательного предоставления уровня доказательности и ссылки на литературу. Качество полученных рекомендаций ChatGPT оценили 14 экспертов в области герниологии и 16 практикующих специалистов по 4-х балльной шкале. Изучалась также корреляция между уровнем оптимизма по отношению к ЯМ участников и выставленными оценками. Результаты. Ответы ChatGPT получили низкие оценки от экспертов (2 [1-2] балла) и средние оценки от не экспертов - 2 [2-3] $p < 0,001$. Несмотря на вводные, ЯМ фальсифицировала половину литературных источников, искажала часть реально существующих статей и ошиблась в реальном уровне доказательности в пользу несуществующих. Подавляющее большинство респондентов отметили высокий уровень оптимизма в отношении использования языковых моделей в принятии врачебных решений. Лишь десятая часть респондентов высказалась за ограничение их использования в практической медицине, по этим вопросам отмечена обратная статистически значимая корреляция ($R = -0,52$, $p = 0,002$). Заключение. Это первое исследование, в котором для оценки качества рекомендаций нейросети привлекались специалисты с различным практическим и теоретическим опытом, а также изучалась корреляция между уровнем их оптимизма в отношении технологии и оценочными баллами. Исследование показывает, что «когнитивные предубеждения» (цифровые галлюцина-

ции) являются не редкими. Однако, реальная частота ошибок ЯМ неизвестна и ее трудно установить ввиду непрозрачности механизмов поиска данных нейросетью. Современные неспециализированные ЯМ напоминают волшебника Изумрудного Города. Они производят внешнее впечатление могущественного инструмента, но не могут наделить реальными сверхспособностями врачей. Вывод. Неспециализированные ЯМ в настоящее время не могут быть рекомендованы в качестве единственного или основного источника информации для принятия врачебных решений.

10. Нет согласованности в тактических вопросах диагностики и лечения дивертикулита толстой кишки: результаты международного анкетирования хирургов

*Нечай Т.В., Сажин А.В., Смирнова О.А.,
Куперин А.С., Гусев Л.Л.*

Москва

Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

Введение Соблюдение клинических рекомендаций (КР), разработанных экспертным сообществом, приносят пользу как пациенту, так и врачу. Однако значительная часть специалистов не знакома с ними и не следует им в своей повседневной практике. Дивертикулит толстой кишки (ДТК) является третьей по частоте причиной госпитализации среди пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и распространенным показанием к резекции толстой кишки. Актуальную тактику диагностики и лечения ДТК, а также данные о том, что влияет на ее выбор и насколько принятые решения согласуются с существующими КР, можно определить с помощью анонимных опросов. Методы Был проведен анонимный интернет-опрос хирургов и колопроктологов. Группы вопросов включали демографические данные респондентов, показатели самооценки, источники мотивации при принятии решений, предпочтительные системы классификации дивертикулита, предпочтительные диагностические тесты, вопросы консервативной терапии, показания к плановому хирургическому вмешательству, результаты хирургического лечения и другие (всего 17 вопросов). Исследование проводилось в соответствии с критериями CHERRIES. Необходимый минимальный размер выборки был рассчитан как 377 участников. Результаты В исследовании принял участие 401 респондент из 9 стран, среди которых 76,1% были общими хирургами и 14,5% - колоректальными хирургами. На отличное или хорошее знание проблемы претендовали 82,8% колоректальных хирургов против 66,2% общих хирургов ($p=0,013$). При принятии решений респонденты во мно-

гом руководствовались своим профессиональным опытом, методами, принятыми в их клинике и отечественных КР. Общие хирурги чаще выбирали тактику, не соответствующую КР, чем колопроктологи. Существенные отличия между подгруппами выявлены в отношении показаний к хирургическому лечению при различных формах дивертикулита и наиболее информативному методу диагностики ДТК. Наибольшие различия между подгруппами отмечены в осведомленности о реконструктивном этапе операции Гартмана, наиболее частых послеоперационных осложнениях, отношении к робот-ассистированным вмешательствам при осложненном дивертикулите и показаниях к плановым операциям. Заключение Приверженность существующим КР была низкой, что повлекло за собой значительные различия в подходах, практикуемых респондентами из разных когорт. Не существует консенсуса по тем аспектам, которые еще не освещены в КР. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения этих пробелов и соответствующего обновления руководств.

11. Мангеймский индекс перитонита не может быть использован для выбора хирургической тактики при перитоните. Систематический обзор литературы.

*Т.В. Нечай, А.Е. Тягунов, А.С. Ли, А.А. Позднякова,
А.Г. Йулдашев, З.М. Алиева*

Москва

Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

Цель исследования. Оценка доказательной базы применения Мангеймского индекса перитонита (МИП) для выбора хирургической тактики «по программе – по требованию» при распространенном перитоните. Материал и методы. Исследование проведено в 3 этапа. 1. Оценка доказательной базы утверждений проекта Национальных клинических рекомендаций (НКР) «Перитонит» относительно выбора тактики «по программе – по требованию» и МИП как ее критерия. 2. Изучены утверждения и рекомендации актуальных зарубежных клинических руководств (гайдлайнов) по лечению абдоминальной инфекции относительно выбора тактики при перитоните и использования для этой цели МИП. 3. Проведен поиск и изучение доказательной базы исследований, не включенных в гайдлайны и НКР, в которых МИП использовался для определения хирургической тактики в формате систематического обзора (СО). Результаты. В работах, перечисленных в проекте НКР, отсутствуют доказательства целесообразности применения МИП в качестве инструмента определения тактики. В 3 из найденных в результате литературного поиска руководств по абдо-

минальной хирургической инфекции МИП не упоминается. В остальных со средним уровнем рекомендаций и низким уровнем доказательств указывается как инструмент прогнозирования летальности. В результате проведенного СО найдено 7 не включенных в рекомендации исследований. Найденные работы оказались ретроспективными и содержали существенные методологические нарушения. Заключение. Доказательная база применения МИП или какого-либо другого инструмента для принятия решения о выборе тактики релапаротомии по требованию или по программе в случае тяжелого распространенного перитонита в настоящее время отсутствует. Для поиска надежных критериев требуются дальнейшие высокодоказательные исследования.

12. Генетические предикторы несостоятельности колоректальных анастомозов – новые горизонты персонифицированной хирургии или утопия?
Обзор предметного поля

*Сажин А.В. (1), Нечай Т.В. (1), Панин С.И. (2),
Замараев В.С. (2), Йулдашев А.Г. (1),
Кузнецов А.А. (2)*

- 1) Москва
- 2) Волгоград

Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

Цель работы. Провести анализ генетических маркеров как возможных предикторов несостоятельности колоректальных анастомозов. Материал и методы. Систематический поиск, отбор и оценка методологического качества оригинальных первичных исследований в электронном и ручном режимах проведены соавторами независимо друг от друга согласно рекомендациям ФГБУ «ЦЭКМП» (Омельяновский В.В., 2019) и руководству Кокрейновского сообщества (Higgins J. et al., 2022) в период до апреля 2022 г. Результаты. Обзор предметного поля показал возможность оценки сигнатур однонуклеотидного полиморфизма (SNP) при стратификации рисков несостоятельности колоректальных анастомозов. Установлено, что недостаточность анастомозов в хирургии толстой кишки статистически значимо чаще имеет место у пациентов с СС генотипом простагландин-эндопероксид синтаза 2 (PTGS2-765), СС генотипом матричной металлопротеиназы 2 (MMP2-1306) и GG генотипом тканевого ингибитора металлопротеиназы 2 (TIMP2-303). Вместе с тем характер и ограниченное количество публикуемых первичных исследований не дают возможности провести математически детерминированный метаанализ генетического полиморфизма. Заключение. Полученные результаты позволяют предположить направление перспективных персонифицированных исследований в

области прогнозирования недостаточности анастомозов в хирургии толстой кишки на уровне генома.

13. Общее и местное, Юбилей и круглые даты в истории эндоскопии и эндохирургии в Пензенской области

*Баулин А.А. (1), Гуляев А.А. (1,2,3), Баулин В.А. (1),
Баулина О.А. (1), Аверьянова Л.А. (1,4),
Баулина Е.А. (1,4,5), Баулина Н.В. (1,4,6)*

Пенза, Москва, Подольск

Кафедра хирургии и эндоскопии
им. проф.Н.А. Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО МЗ РФ(1),
отдел неотложной хирургии, эндоскопии
и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»(2),
РМАНПО МЗ РФ(3),
ГБУЗ ГКБ им. Г.А. Захарьина(4),
ГБУЗ ГКБ г. Под

Введение. Мы, живущие сегодня, должны быть несказанно благодарны всем многочисленным неизвестным отчаянным лекарям, исследователям живой природы, праздно любопытным, просто шарлатанам, пытавшимся заглянуть внутрь человека, чтобы раскрывать суть страданий и как-то помочь. Общее. Накопленный примитивный опыт и развитие техники в середине 19 века создали предпосылки для Нитце закрепить два стеклянных кружочка на кончиках полой трубки, и это положило начало бурного и эффективного развития жёсткой эндоскопии. Опыты в 30-х годах немецкого студента со стекловолокном, дружба в 50-х английского физика Хопкинса с гастроэнтерологом заложили основу и фиброскопии, и яркой чистой жёсткой эндоскопии. Середина 80-х: фирма Circon представила новую электронную систему преобразования изображения в электрический сигнал, что заложило уже основу эры всей современной эндоскопии и рождения эндохирургии. Местное. Мы не умаляем большие труды коллег всех специальностей, которые более 100 лет применяли жёсткие эндоскопические методы и продолжают их применять. Но не можем не обратить внимание на поворотные моменты в истории этих методов в нашей Пензенской области. 2024 год – особый и Юбилейный – 50 лет с момента внедрения фиброгастроскопии. Этот путь прокладывали пионеры – Заслуженный врач РСФСР, Народный врач СССР Евгений Петрович Иванов, Лидия Васильевна Теренкова. Лапароскопическая диагностика из одиночных в 1984 году (40 лет), с преодолением косности и недоверия на первых порах, стала системой в экстренной службе путём усиления хирургической бригады хирургом-лапароскопистом (впервые в СССР). Стали внедряться операции: санации, биопсии, холецистосто-

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

мии, программированные лапароскопии, с оставлением порта. В 2 раза сократилось и число эксплоративных лапаротомий при травмах живота, и число аппендэктомий при «катаральных» формах. Благодаря хирургу и предпринимателю Н.Х. Васильеву, в Пензу в конце 1993 года были завезены 2 видеостойки для Областной больницы и ЦГБ им. Захарьина, а в начале 1994 года (30 лет) проведены первые операции в хирургии и гинекологии. К концу года число только лапароскопических холецистэктомий достигло сотни. Пошла постепенная подготовка хирургов и гинекологов, в состав хирургической бригады включён эндохirurg (впервые в России). В этот год проведено более десятка симультанных операций, которые стали обычными. Из операционной радиокабель протянули в аудиторию, стало возможно наблюдать за операцией, советовать, подсказывать по местному телефону, демонстрировать курсантам и пациентам – 30 лет прямой трансляции (впервые в России). Тогда мы ещё даже и не знали, что это носит вполне конкретное название – модерация. Началось обучение своих хирургов и курсантов. Ввиду принятой установки в клинике, что работать исходя из возможности применения метода, число операций в больнице достигло 2 тысяч, наименований – до 70!. Именно хирургами впервые в области в 1995-97гг. стали выполняться урологические лапароскопические операции (уретеролитотомии, пиелолитотомии, нефропексии, адреналэктомии и др.). Гинекологи довели до 80% своих вмешательств только эндоскопическим способом. Увеличивалось количество стоек, создан центр эндохирургии. Постепенно появились стойки в других городских больницах, а в начале 21 века и в районах. С 2003 года травматологи освоили артроскопические операции. В открытом урологическом отделении внедрена четвёртая стойка, урологи кроме внутрипросветных операций стали широко использовать внутрибрюшной доступ. Благоприятной почвой для эндоскопической технологии стала ЛОР-патология, поэтому за последние три года выросла замена на эндоскопическую технологию почти до 90%, исключая только тонзилэктомию. Клиника и больница стали и центром обучения, лидерами в новаторском творчестве. Ведётся большая научная работа, защищаются диссертации. Заключение. При симбиозе административного ресурса, творческих учёных, докторов, мобилизации технических и человеческих ресурсов и в провинциальных городах можно развивать современные технологии.

14. Опыт симультанных видеоопераций в гинекологии и хирургии

*Баулина Н.В. (1,4,6), Гуляев А.А. (1,2,3),
Баулин А.А. (1), Баулин В.А. (1), Баулина О.А. (1),
Аверьянова Л.А. (1,4), Баулина Е.А. (1,4,5)*

Пенза, Москва, Подольск

Кафедра хирургии и эндоскопии
им. проф.Н.А. Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО МЗ РФ(1),
отдел неотложной хирургии, эндоскопии
и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»(2),
РМАНПО МЗ РФ(3),
ГБУЗ ГКБ им. Г.А. Захарьина(4),
ГБУЗ ГКБ г. Под

Актуальность проблемы. Длительное время симультанные операции были случайными. Онкологами ошибочно расширенные, комбинированные операции назывались также симультанными, хотя это не соответствовало правильным представлениям. В связи с развитием диагностических методов, совершенствованием анестезиологии и реанимации за последние 50-60 лет во многих клиниках симультанные операции стали выполняться достаточно часто. Материалы и методы. Нами с 80-х годов накоплен большой опыт симультанных операций в общей и полостной хирургии, гинекологии, урологии, онкологии, ортопедии и др., которых насчитывается более 1000 в разных сочетаниях, в основном 2-3, максимум 10 у одной больной. Тем не менее, некоторый скепсис сохраняется, достаточно сказать, что авторам данного сообщения было отказано в публикации в одном из авторитетных научных журналов. Полученные результаты. Учитывая положительный опыт прошлых лет, мы плавно перенесли данный подход в эндохирургическую технологию. Уже в первый год внедрения эндохирургии в 1994 году было выполнено 19 симультанных операций. Только хирургические отделения располагают опытом почти 1,5 тысяч симультанных операций в различных сочетаниях по заболеваниям, выполненным операциям, использовании различных или единых доступов, только лапароскопических или в сочетании с классическими. Наиболее частой хирургической патологией при выборе показаний к симультанным операциям была ЖКБ, ГПОД и грыжи брюшной стенки (преимущественно пластика пупочного кольца - 114), гинекологической – патология гениталий: кисты яичников, миомы матки, недержание мочи и др., урологической: камни лоханок, мочеточников, нефроптоз, кисты почек. Наименования операций: холецистэктомия, экстирпация матки, надвлагалищная ампутация матки, удаление придатков матки, slingовая операция при ГПОД, различные грыжесечения, фенестрации кист печени и почек, пиело-, уретеролитотомия, нефропексия, операция Бёрча, резекция щитовидной железы, комбинированная венэктомия и др. Только сочетаний при ЖКБ и гинекологической патологии – 524,

ГПОД и ЖКБ – 154, 1198 пациентов оперированы одновременно полностью с использованием видеотехники, почти у всех доступ для эндоскопа был в точке ниже пупка, единично при операции на почке – переставляли в подвздошную область, для удобства выполнения второй операции проколы для дополнительных инструментов осуществляли при необходимости; у 216 – один из этапов был классический, все этапы удалось реализовать без серьёзных осложнений и больших помех. У 24 больных при внутрибрюшной патологии заранее планировали, что первым этапом будет выполнена лапароскопическая операция, а вторым – через классический разрез. Классический доступ выбирался при невозможности выполнить операцию эндоскопически (Лх, затем при больших опухолях экстирпацию матки). Вторую операцию выполняли также классически, когда процесс был вне брюшной полости и др. При невозможности выполнить лапароскопическую холецистэктомию, старались выполнить через минидоступ. Наш опыт отбора больных с учетом сочетанной патологии дал возможность увеличить число симультанных операций до 8,6%. Оценивать временной промежуток мы не планировали, но достаточно привести примеры, что лапароскопическая операция холецистэктомия (Лх) и слинговая операция при ГПОД минимально выполнялась за 50 минут и Лх с экстирпацией матки за 1 час 20 минут. Однозначно отмечено и операторами, и анестезиологами, что проведение операций, где хотя бы одна была лапароскопическая, течение послеоперационного периода было более мягкое. Однако замечено, что последние 6-8 лет процент симультанных операций снизился с 8-9% до 3-4%, что связано с санацией той или иной патологии, сменой состава хирургических коллективов. Заключение. Опасность симультанных операций преувеличена при достаточном квалифицированном обеспечении служб, восстановление идёт быстрее, если хотя бы один этап выполнялся эндоскопически, уменьшается количество осложнений, снижаются затраты на 30%, отмечается хороший психологический эффект.

15. Эволюция протезирующей паховой герниопластики

*Стрижелецкий В.В. (1,2), Рутенбург Г.М. (1,2),
Суворов И.И. (1), Рамазанов Р.Б. (1),
Султанова Ф.М. (1,2), Макаров С.А. (1,2)*

Санкт-Петербург

1 – СПбГБУЗ «Городская больница Святого
великомученика Георгия»
2- СПбГУ

Актуальность: паховая герниопластика – одна из наиболее часто выполняемых операций как в плановой, так и в экстренной хирургии. В России ежегодно выполняется

более 120 000 паховых герниопластик, причем, аутопластик порядка 15%, более 65% протезирующих операций и почти 20% ЭВХ вмешательств. Материалы и методы: опыт авторов с 1990 года позволяет анализировать результаты более 15 000 операций по поводу паховых грыж. Последняя четверть 20 века ознаменована практически отказом от паховой аутопластики и широким внедрением протезирующих методик укрепления задней стенки пахового канала, а с 90-х годов эндовидеохирургических вмешательств. В процессе работы проходило осмысление практически всех методик: операции Лихтенштейна, лапароскопической внутрибрюшинной пластики, лапароскопической предбрюшинной (TAPP), ЭВХ внебрюшинной (TEP) паховой герниопластики. Менялись доступы к задней стенке пахового канала, материал и размеры протеза, его расположение и способы его фиксации. С накоплением опыта операция Лихтенштейна уступила малоинвазивным методикам. От внутрибрюшинного расположения протеза мы отказались в связи с количеством рецидивов, сосредоточившись на предбрюшинных протезирующих методиках. Независимо от доступа к задней стенке пахового канала определяющее значение имеет площадь диссекции брюшины пахового промежутка: медиально до лонного сочленения противоположной стороны и на 4 см ниже его, выше края грыжевых ворот на 4 см, нижней границей является подвздошно-поясничная мышца и пересечение семявыносящего протока с наружной подвздошной веной, латеральной границей должна быть передне-верхняя ость подвздошной кости. В абсолютном большинстве операций грыжевой мешок выделялся в процессе диссекции, при невозможности выполнить его безопасное выделение, выполняем его резекцию на уровне шейки. Описанный объём диссекции позволяет расположить сетчатый прорастаемый протез минимум 10x15 см с укрытием медиальной, латеральной паховых и бедренной ямок, перекрывая грыжевые ворота на 4 см в каждую сторону. Материалом выбора протеза является полипропилен, отдаем предпочтение облегченным крупнопористым сеткам. Раскрой протеза в настоящее время не рекомендован. С целью уменьшения хронической боли следует минимизировать количество механических фиксаторов. Перспективным в этом плане является использование анатомических и самофиксирующихся сеток. Клеевая фиксация протезов, на наш взгляд, себя не оправдала. В случае выполнения TAPP, лучше проводить шовную перитонизацию. Полученные результаты: доля ЭВХ протезирующих паховых герниопластик с предбрюшинным расположением протеза в плановой хирургии в нашей клинике составила 99,3%, послеоперационные осложнения возникли в 1,2%. Рецидивы составили 0,4%, развившись, в основном, в годы освоения методик. Обсуждение, выводы и рекомендации: протезирующая пластика задней стенки пахового канала под эндо-видео контролем – операция выбора при паховой грыже. Доступ в предбрюшинное пространство (TAPP, или, TEP) – сопоставимые и, практически, идентичные этапы вмешательств, обеспечивающие адекватное формирование ложа для протеза. Материал протеза – облегченный крупнопористый полипропилен,

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

минимальный размер протеза 10x15 см. Использование сеток, не требующих механической фиксации, и шовная перитонизация при TAPP предпочтительны.

современной urgentной хирургии, объединяющий диагностику и лечение в одном этапе.

16. Роль эндовидеохирургии в лечении аппендикулярного перитонита

*Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К.,
Абдурашидов Ф.Ш., Саминджонов Х.У.*

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский
институт

Актуальность. Аппендикулярный перитонит — частое осложнение острого аппендицита, локальная форма выявляется у 27–62% больных, а разлитая — у 11–30%. Частота осложнений после операций достигает 21–62,1% и возрастает с тяжестью перитонита. Разлитой перитонит часто требует лапаротомии (до 68,5%), ограничивая применение лапароскопии. Хотя современные руководства мало освещают роль лапароскопической аппендэктомии при распространённом перитоните из-за недостатка доказательных данных, отдельные исследования подтверждают её преимущества и безопасность даже в сложных случаях. Цель - оценить эффективность эндовидеохирургии в диагностике и лечении острого деструктивного аппендицита, осложнённого перитонитом. Проанализированы результаты лечения 128 пациентов с применением лапароскопической аппендэктомии. Материалы и методы. В хирургическом центре Медгоспиталя ALMOZN с 2019 по 2024 годы было проведено 182 операции по поводу острого аппендицита с использованием эндовидеолапароскопической техники. Работа основана на анализе данных 128 пациентов, перенесших аппендэктомию с применением этой методики, включая 54 больных (29,7%) из общего числа, у которых техника выполнения операций имела свои особенности. Эти особенности стали предметом наших дальнейших исследований. Результаты: Из 128 пациентов 82,8% (106 пациентов) были с деструктивным аппендицитом. Выявлено, что лапароскопия дает 96% точность в диагностике. В группе больных с деструктивным аппендицитом у 62(58,5%) больных имело место признаки локального перитонита, а у 27(25,5%) пациентов - явления диффузного перитонита. У 17(16,0%) пациентов распространенный перитонит. Необходимо отметить, что гангренозный и гангренозно-перфоративный аппендицит имело место у 17 (13,3%) пациентов из 128. Использование санации брюшной полости лапароскопическим доступом позволило избежать широкой лапаротомии у 44 (41,5%) больных. Вывод: Эндовидеолапароскопические операции в лечении острого аппендицита и его осложнений представляют собой эффективный и перспективный метод

17. Идентификация патоморфологических форм острого аппендицита при эндовидеолапароскопической хирургии

*Собиров Э.К., Таджибаев Ш.А.,
Абдурашидов Ф.Ш., Саминджонов Х.У.*

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский
институт

Актуальность. Острый аппендицит остаётся одной из наиболее частых причин urgentных операций, с заболеваемостью от 22,8 до 30,0 случаев на 10 000 населения и долей осложнений в 4–42%. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется до 70 тысяч летальных исходов, связанных с осложнениями ОА, такими как перфорация, перитонит и сепсис. Высокая частота осложнённых форм и ошибок в диагностике (до 31%) подчёркивают необходимость совершенствования методов диагностики и лечения, особенно с учётом необоснованных аппендэктомий, достигающих 35–40% при отсутствии современных подходов. С учётом этих аспектов, определение эндовидеолапароскопической типологии различных патоморфологических форм острого аппендицита становится стратегически важной задачей. Это позволяет стандартизировать подходы к диагностике и хирургическому лечению, минимизировать ошибки и оптимизировать исходы для пациентов. Цель исследования: На основе анализа результатов эндовидеолапароскопии на диагностическом этапе операции, выявить типологию патоморфологических форм ОА для оптимизации их дифференцирования. Материалы и методы: Материалы и методы: В хирургическом центре Медгоспиталя «ALMOZN» с 2019 по 2024 годы было проведено 182 эндовидеолапароскопических операции по поводу острого аппендицита. Исследование основано на анализе данных 128 пациентов с ОА и его осложнениями, из которых 54 (29,7%) имели особенности выполнения операций, ставшие объектом дальнейших разработок. В группу сравнения включены 24 пациента с неurgentной абдоминальной патологией, для оценки типологии невоспалённого аппендикса по данным диагностической эндовидеолапароскопии. Результаты и обсуждение: Исследование выявило частоту патоморфологических форм острого аппендицита: катаральная форма зарегистрирована у 22 пациентов (17,2%), флегмонозная — у 89 (69,5%), гангренозная — у 17 (13,3%). Деструктивные формы составили 82,8% (106 из 128 случаев), что подчёркивает важность ранней диагностики и своевременного лечения осложнённого аппендицита. Типологический подход, основанный на

классификации по общим характеристикам, использован для анализа визуальных данных, полученных при эндовидеолапароскопии (Свидетельство регистрации Минюст РУз № ДГУ 41862 от 08.08.2024г). Это позволило уточнить патоморфологические формы аппендицита, определить ключевые диагностические критерии и повысить точность лечения в urgentной хирургии. Группа сравнения из 24 пациентов с неизменённым червеобразным отростком использовалась как эталон для оценки патологических изменений, что подтверждает высокую информативность метода. Эндовидеолапароскопические признаки катарального аппендицита включали гиперемию, точечные кровоизлияния на серозной оболочке и отёчность брыжейки, выявленные у 22 (17,2%) больных. Многократное увеличение с помощью эндовидеолапароскопической техники улучшало дифференцировку воспалительных изменений. При деструктивных формах ОА, при отсутствии спаечного инфильтрата, диагностика не вызывала сложностей. Определение типологии патоморфологических форм ОА на этапе эндовидеолапароскопии являлось ключевым для выбора хирургической тактики. Аппендэктомия выполнялась антеградным и ретроградным способами. Выписка пациентов осуществлялась на 4–6-е сутки в зависимости от состояния. Послеоперационные осложнения, такие как нагноение в месте введения троакара, отмечены у 6 пациентов (4,7%). Выводы. Эндовидеолапароскопическая типология патоморфологических форм острого аппендицита имеет ключевое значение для диагностики и лечения этого заболевания. Внедрение новых диагностических критериев и методов в эндовидеолапароскопию способствует улучшению интерпретации визуальных данных, что повышает точность диагностики и качество хирургического вмешательства. Интеграция эндовидеолапароскопической диагностики в клиническую практику позволяет оптимизировать прогноз для пациентов благодаря более точному типологическому анализу патоморфологических форм острого аппендицита.

**18. Лапароскопическая холецистэктомия
и симультанная атипичная эндоскопическая
папиллосфинктеротомия**

Андреев А.Л.

Санкт-Петербург

Клиника Скандинавия, ООО «АВА-ПЕТЕР»

Ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) симультанно с лапароскопической холецистэктомией не всегда успешна из-за положения пациента на операционном столе на спине (перекладывание пациента на левый бок с лапароскопическими троакарами в животе не всегда возможно), анатомических особен-

ностей большого дуоденального сосочка (БДС), парапапиллярных дивертикулов, папиллостеноза и т.д. Антеградная ЭПСТ технически часто не выполнима, поскольку папиллотомом, проведенным через пузырный проток, сложно манипулировать. В нашей клинике была разработана методика атипичной ЭПСТ симультанно с ЛХЭ. Суть метода состоит в следующем. Первоначально выполняются этапы ЛХЭ. Надсекается пузырный проток и с помощью зажима для холангиографии в холедох проводится катетер (мы используем мочеточниковый катетер N 5). Выполняется интраоперационная холангиография. При подтверждении холедохолитиаза катетер проводится через папиллу в двенадцатиперстную кишку (12 п.к.) на 1-2 см. Далее выполняется видеодуоденоскопический этап операций. Видеодуоденоскоп проводится в 12 п.к. С помощью игольчатого или «ISO-Tome» папиллотомом над и вдоль катетера выполняется ЭПСТ. При папиллостенозе или вклиненном конкременте, катетер, проведенный через пузырный проток в холедох, приподнимает свод БДС, и выполняется супрапапиллярная папиллотомия. Холедохолитиекстракция выполняется с помощью корзинки Дормиа ретро- или антеградно (через пузырный проток). После контрольной холангиографии и подтверждения полного удаления конкрементов из желчных путей аспирируется газ из 12 п.к. и желудка, дуоденоскоп извлекается. Далее продолжается лапароскопическая операция, удаляется катетер из холедоха, клипируется пузырный проток и выполняется ЛХЭ. У пациентов с механической желтухой, множественными конкрементами, холангитом, реактивным холестатическим гепатитом, панкреатитом выполняется дренирование холедоха через пузырный проток. С 2004 по 2024 гг. атипичная ЭПСТ с симультанной ЛХЭ была выполнена у 304 пациентов. Значимых интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у 8 пациентов отмечался острый панкреатит отечной формы, легкого течения и у двух - дуоденальное кровотечение, остановленное эндоскопически. Заключение. Разработанная атипичная ЭПСТ улучшает результаты лечения холецистохоледохолитиаза. Лапароскопически проведенный через пузырный проток в 12 п.к. катетер облегчает выполнение ЭПСТ, предохраняет панкреатический проток и стенку кишки от повреждения. ЛХЭ и разработанная атипичная ЭПСТ позволяет оперировать калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, в один этап.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

19. Эндовидеолапароскопическая аппендэктомия: барьеры внедрения и пути их преодоления

*Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш.,
Таджибаев Ш.А., Саминжонов Х.У.*

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский
институт

Актуальность. С момента внедрения лапароскопической аппендэктомии в 1983 году этот метод приобрел широкую популярность, и в настоящее время до 75% операций выполняются лапароскопически. Согласно данным главного хирурга Министерства здравоохранения Российской Федерации А.Ш. Ревишвили, в 2022 году в стране было пролечено 148 763 пациента с диагнозом «острый аппендицит». Хирургическая активность составила 98,1%, а показатель летальности – 0,17%. Несмотря на рост использования лапароскопических технологий в лечении острого аппендицита, их применение в России остается на уровне 27%. Проведенные опросы хирургов показывают, что сдерживающими факторами являются низкая мотивация к внедрению современных технологий, хотя в ряде публикаций лапароскопической аппендэктомии уже предложено присвоить статус «золотого стандарта». В последние годы в системе здравоохранения Республики Узбекистан проводятся масштабные реформы, что обуславливает необходимость оценки роли эндовидеохирургии в лечении острого аппендицита на примере реальной клинической практики. Цель исследования: Определить значимость и место эндовидеохирургии в структуре оперативного лечения острого аппендицита на примере Ферганского региона Республики Узбекистан и предложить пути улучшения данного направления. Материалы и методы: Исследование основано на ретроспективном анализе данных о пациентах с острым аппендицитом, зарегистрированных в системе здравоохранения Ферганского региона за период 2020–2022 гг. Были изучены статистические отчеты трех областей Ферганской долины. На 01.01.2023 г. плотность населения региона составляла 587,9 чел./км², что делает его одним из наиболее густонаселенных в Узбекистане. Общая площадь региона – 18,5 тыс. км², население – 10,3 млн человек. Результаты и обсуждение: В 2020–2022 гг. общее количество urgentных пациентов составило 58 236 человек, из них с диагнозом «острый аппендицит» – 14 077 (24,1%). За этот период наблюдался параллельный рост численности населения и числа пациентов с аппендицитом. Традиционные методы использовались в 96% случаев (13 486 операций). Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 591 пациента (4%), из которых в 126 случаях (21,3%) потребовалась конверсия. Летальность составила 0,05% (8 случаев). Патоморфологический анализ показал преобладание деструктивных форм острого аппендицита – 94,3%. Из них: Простая форма – 811 случаев (5,7%); Флегмонозная форма – 7 855 случаев (55,8%); Ганг्रे-

нозная форма – 5 410 случаев (38,5%). Таким образом, лапароскопические технологии остаются недостаточно востребованными: только 4% операций выполнены эндовидеоскопически. Выводы: За трехлетний период наблюдения в Ферганской долине отмечен рост численности населения и числа пациентов с острым аппендицитом (24,1% от всех urgentных больных). Преобладают деструктивные формы заболевания (94,3%). Несмотря на очевидные преимущества, доля эндовидеолапароскопических вмешательств остается крайне низкой (4%). Для повышения уровня использования малоинвазивных технологий в лечении острого аппендицита необходимо вынести данный вопрос на обсуждение на республиканских съездах хирургов и научно-практических конференциях для разработки практических рекомендаций и стратегий по их внедрению.

20. Анализ результатов эндоскопического стентирования нижних дыхательных путей металлическими саморасширяющимися стентами у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи

*Самсонян Э.Х. (1,2) Емельянов С.И. (1),
Секундова М.А. (2), Баширов Р.А. (2),
Курганов И.А. (1), Фролова Е.В. (1)*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» Минздрава России,
- 2) Больница Центросоюза Российской Федерации
– медицинское учреждение

Актуальность. На сегодняшний день, отмечается неуклонный рост частоты встречаемости злокачественных опухолей легких и трахеобронхиального дерева в общей структуре онкологической заболеваемости. У пациентов с нерезектабельными опухолями трахеи и бронхов, осложненными снижением вентиляционной проходимости, наиболее эффективным минимально инвазивным методом восстановления дыхательных функций является эндоскопическое стентирование нижних дыхательных путей металлическими саморасширяющимися стентами. Цель исследования. Проанализировать результаты выполнения эндоскопического стентирования трахеи и бронхов у пациентов с опухолевым стенозом в качестве оказания паллиативной медицинской помощи. Материалы и методы. В период с 2016 по 2024 год нами были прооперированы 33 пациента с нерезектабельными образованиями трахеобронхиального дерева и проанализированы результаты эндоскопического стентирования трахеи и бронхов металлическими саморасширяющимися стентами. У 14 пациентов (42,4%) мы выполнили эндоскопическое стентирование трахеи, из которых у 5

пациентов определялся компенсированный стеноз просвета (6–10 мм), у 9 пациентов – субкомпенсированный стеноз просвета (3–6 мм). У 16 пациентов (48,5%) мы выполнили эндоскопическое стентирование главных бронхов, при этом 10 пациентам проведено стентирование правого главного бронха, 6 пациентам – левого главного бронха. 3 пациентам (9,1%) было выполнено эндоскопическое стентирование сегментарных бронхов. В качестве устанавливаемого стента мы применяли металлические саморасширяющиеся частично покрытые или полностью покрытые стенты типов Ultraflex и Wallflex. Эндоскопическое стентирование мы проводили под рентгеноскопическим контролем. Результаты. Технический и клинический успех был достигнут в 100% случаев. У всех 33 пациентов (100%) за счет восстановления просвета дыхательных путей улучшились показатели легочной вентиляции и, соответственно, купированы симптомы одышки. Интраоперационных осложнений не отмечено. Сроки наблюдения составили от 1 до 6 месяцев. У 1 пациента (3,0%) на 3-е сутки послеоперационного периода зафиксирован эпизод массивного продолжающегося кровотечения на фоне распада опухоли правого главного бронха. Гемостаз был достигнут путем применения аргонплазменной коагуляции. 5 пациентам (15,1%) в течение 4–5 суток после операции потребовалась проведение 5 сеансов санационной бронхоскопии с целью эндоскопической экстракции образовавшейся «слизистой пробки» и санации трахеобронхиального дерева. Болевой синдром в области операции зафиксирован у 6 пациентов (18,2%), купирующийся назначением соответствующей медикаментозной терапии. При контрольной бронхоскопии через 3 месяца у 7 пациентов (21,2%) были выявлены небольшие разрастания грануляционной ткани над проксимальным краем стента без выраженных нарушений функции дыхания. В связи с чем, было выполнено эндоскопическое иссечение грануляций. Миграция стента через 3 месяца после оперативного вмешательства была зафиксирована у 1 пациента (3,0%) при стентировании левого главного бронха на фоне полной реканализации просвета бронха после проведенных курсов химиотерапии. Случаев интраоперационной и госпитальной летальности не было отмечено. Летальность в период наблюдения через 6 месяцев составила в целом 39,4% (13 пациентов), связанная с прогрессированием основного заболевания. Выводы. Методика эндоскопического стентирования трахеи и бронхов металлическими саморасширяющимися стентами продемонстрировала эффективность и безопасность ее применения в urgentной ситуации у пациентов с нерезектабельными образованиями данной локализации, а также применение данного минимально инвазивного вмешательства позволяет повысить качество жизни пациентов путем быстрого восстановления показателей функции дыхания.

21. К вопросу об остром гнойном медиастините, не связанным с операциями на пищеводе

*Никулин А.В. (1), Бессонова С.А. (2),
Ивашов И.В. (1), Спартак А.А. (1),
Кадиров Д.Д. (1), Хоробрых Т.В. (1)*

Москва

- 1) Университетская клиническая больница №4,
- 2) ГКБ им. И.В. Давыдовского

Актуальность. Летальность при остром гнойном медиастините достигает 75%, а по некоторым данным 85%. В ГКБ им. И. В. Давыдовского с 2022 по октябрь 2024 гг. пролечено 30 пациентов с диагнозом острый гнойный медиастинит. Всем пациентам применялся персонализированный подход в зависимости от распространенности гнойного процесса, в том числе с применением собственной методики санации средостения. Колоссальный разрыв показателей летальности более чем в 20 раз (85% и 3,65) по данным отечественной и зарубежной литературы диктует необходимость создания единой хирургической тактики и дифференцированного подхода к выбору оперативного доступа для санации средостения. Классификация Endo- Sugio позволяет, опираясь на данные КТ ОГК, выработать оптимальный хирургический доступ у конкретного больного. Материалы и методы. В ГКБ им. И. В. Давыдовского с 2022 по октябрь 2024гг пролечено 30 пациентов с диагнозом острый гнойный медиастинит. На основании классификации Endo- Sugio (2021г) нами был разработан и использован персонализированный алгоритм лечебной тактики. При ограниченном верхнем медиастините (Type I) у 4 пациентов выполнена продольная шейная медиастинотомия. У 5 больных операция ограничилась хирургической обработкой гнойного очага, резекцией ключицы/1 ребра, санацией переднего средостения. Ключевым моментом операции являлась техническая возможность мануальной ревизии «дна» пораженной области из шейного доступа и отсутствие затеков, расположенных глубже длины пальца хирурга (уровень рукоятки грудины). При обнаружении таких затеков, дополнительно выполнялась видеоторакоскопическая санация. При распространенном переднем гнойном медиастините (Type IIa) у 5 пациентов выполнена продольная шейная медиастинотомия, дополненная видеоторакоскопической санацией переднего средостения, у 3 хирургическая обработка гнойного очага с установкой NPWT системы (терапия «отрицательным» давлением), у одного пациента продольная шейная медиастинотомия дополнена субксифоидальным доступом. При распространенном тотальном гнойном медиастините (Type IIb) обоим пациентам было выполнено продольная шейная медиастинотомия, дополненная видеоторакоскопической санацией переднего и заднего средостения. При распространенном заднем гнойном медиастините (Type IIc) 7 пациентам была выполнена продольная шейная медиастинотомия, дополненная видеоторакоскопической санацией заднего средостения. У 2 произведена

задняя медиастинотомия по Насилову. При выявлении дефекта пищевода устанавливали NPWT-систему в пищевод. Результаты. Летальность составила 16,7%. Обсуждение. Отсутствие четкого алгоритма действий в условиях большого количества доступов к средостению и способов дренирования вносит определенную путаницу, что отчасти служит отражением высоких показателей летальности. Безусловно, мы с большим уважением относимся к опыту наших учителей. В тоже время хотим подчеркнуть, что предложенная классификация Endo- Sugio очень удобна в клинической практике, поскольку дает представление о выборе хирургической тактики в зависимости от распространенности медиастинита. Используемый нами персонафицированный алгоритм хирургической тактики при подозрении на медиастинит на основе классификации Endo- Sugio доказал свою эффективность, в тоже время необходимо подчеркнуть недостаточное количество наблюдений для утверждения однозначного вывода. Заключение. Обладая малым числом собственных наблюдений, мы не рискуем давать рекомендации, и вопрос выбора метода адекватной санации гнойного очага при остром медиастините, не связанным с повреждением пищевода, остается открытым. В тоже время, большой разрыв показателей летальности более чем в 20 раз (3,65 и 75%) по данным отечественной и зарубежной литературы диктует необходимость создания единой хирургической тактики и дифференцированного подхода к выбору оперативного доступа для санации средостения. Классификация Endo-Sugio позволяет, опираясь на данные КТ ОГК, выработать оптимальный хирургический доступ у конкретного больного.

22. Сравнительная оценка применяемых методов эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений

Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А.,
Назарук А.С., Жуликова С.В., Ивченко Ю.В.,
Телешов В.С.

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Основываясь на статистических данных - развитие острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в большинстве приходится на ЯГДК до 60%. В среднем частота ЯГДК – 50-160 на 100 тыс. населения, группой риска в большей степени являются лица мужского пола и пожилые люди. В настоящее время эндоскопические технологии гемостаза становятся приоритетными. Основной причиной летальности, от данной патологии, является несвоевременная

госпитализация (учитывая крайне тяжелое состояние при поступлении больного в стационар), а также наличие большого количества сопутствующей патологии. Выбор метода лечения данной группы больных, считается одним из ключевых и обсуждаемых вопросов экстренной хирургии. Материалы и методы. На базе клиники хирургических болезней №1 Института НМФО ВолгГМУ на базе ГУЗ “КБСМП №15” г. Волгограда в период с 2017-2024гг. проведен анализ результатов лечения 345 пациентов с ЯГДК Клинический материал обработан с помощью созданной базы данных на платформе MS Office “Access 2010”. Полученные результаты. Всего за выбранный период поступило 345 пациентов с клиникой ЯГДК в возрасте от 18 до 95 лет. Средний возраст $53,3 \pm 14,5$ лет. Распределение по половому признаку: мужчин – 220 (63,77%), женщин – 125 (36,23%). Состояние больных при поступлении: средней степени тяжести – 155 (44,92%), тяжелой степени – 130 (37,68%), крайне тяжелое – 60 (17,40%). Распределение источника кровотечения по локализации: желудок – 125 (36,24%), привратник – 47 (13,62%), двенадцатиперстная кишка – 173 (50,14%). По классификации Forrest: к категории Fla отнесено – 66 (19,13%), FIIB – 113 (32,76%), FIIa – 65 (18,84%), FIIB – 48 (13,92%), FIIC – 34 (9,85%), FIIL – 19 (5,50%). Обсуждение. При лечении данной группы больных в условиях нашей клиники применяется алгоритм эндогемостаза включающий инъекционный гемостаз, методы электро- и аргонплазменной коагуляции, эндоклипирования в различной их комбинации. В 96,1% применяемая схема лечения больных с ЯГДК оказалась эффективной. С целью оказания хирургического лечения пациентам с острыми ЯГДК выполнялись: инъекционный гемостаз – 83 (24,05%), электрогемостаз – 31 (8,99%), аргонплазменная коагуляция – 90 (26,09%), эндоклипирование – 35 (10,15%), комбинированный эндогемостаз – 106 (30,72%). Рецидив кровотечения после выполненного эндогемостаза наблюдалась в 32 (9,27%) случаях. Таким образом наибольшая эффективность достижения устойчивого гемостаза наблюдалась при использовании комбинированных методов остановки ЯГДК. Общая летальность составила – 16(4,63%). Относительно высокие показатели ранней летальности при минимальной хирургической активности обусловлены крайне тяжелым исходным состоянием пациентов, как правило, пожилого и старческого возраста с отягощенным коморбидным анамнезом. Выводы и рекомендации. Используемые современные технологии и алгоритмы эндоскопического гемостаза у пациентов с ЯГДК в режиме программного комбинированного эндогемостаза позволяют добиться устойчивого гемостаза в подавляющем большинстве случаев. Авторами рекомендовано: придерживаться этапного комбинированного подхода в лечении ЯГДК, для достижения высокой эффективности в оказании квалифицированной помощи.

23. Оценка показателей хирургической активности в лечении больных с рецидивом язвенных гастродуоденальных кровотечений

*Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Шаталов А.А.,
Назарук А.С., Жуликова С.В., Ивченко Ю.В.,
Телешов В.С.*

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. основополагающим фактором в лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), является вопрос высокого риска развития рецидива кровотечения. Особенно актуальным данный вопрос рассматривается у группы больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Развитие современных эндоскопических методик позволяет добиться устойчивого первичного гемостаза в 87-100% случаев. Однако нельзя забывать, что развитие рецидива ЯГДК в среднем составляет 12-33%. Учитывая тяжесть больного при поступлении, развитие повторного эпизода кровотечения ухудшает прогноз случая госпитализации в среднем на 8-17%. Применение открытых хирургических вмешательств, при невозможности выполнить эндоскопический гемостаз, в большинстве случаев, выполняется при нестабильных показателях больного. Учитывая данные факторы: вероятность летального исхода при выполнении вынужденных операций многократно вырастает. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 345 пациентов с ЯГДК в клинике хирургических болезней №1 Института НМФО ВолгГМУ на базе ГУЗ "КБСМП №15" г. Волгограда в период с 2017-2024гг. Клинический материал обработан с помощью созданной базы данных на платформе MS Office "Access 2010". Полученные результаты: Всего за выбранный период поступило 345 пациентов с клиникой ЯГДК в возрасте от 18 до 95 лет. Средний возраст $53,3 \pm 14,5$ лет. Распределение по половому признаку: мужчин – 220 (63,77%), женщин – 125 (36,23%). Распределение источника кровотечения по локализации: желудок – 125 (36,24%), привратник – 47 (13,62%), двенадцатиперстная кишка – 173 (50,14%). Обсуждение. В условиях нашей клиники активно применяется алгоритм программного комбинированного эндогемостаза. Применяя данные методы - первичный устойчивый гемостаз был достигнут у 313 (90,73%) больных. В 32 (9,27%) случаях наблюдения, в раннем периоде, после выполненного эндогемостаза наблюдался эпизод рецидива ЯГДК. Достигнут повторный устойчивый гемостаз у 24 (6,95%) пациентов. На фоне продолжающегося кровотечения и отсутствия эффекта от выполнения повторного эндогемостаза - 8 (2,31%) больным в срочном порядке выполнялось открытое оперативное вмешательство. Гастродуоденотомия с ушиванием – 4, стволовая ваготомия с антрум-резекцией желудка – 2, стволовая ваготомия с пилоропластикой – 2. Послеоперационная летальность составила – 4 (50%). Относительно высокие показатели послеоперационной летальности при мини-

мальной оперативной активности обусловлены крайне тяжелым исходным состоянием пациентов, как правило, пожилого и старческого возраста с отягощенным коморбидным анамнезом. Общая летальность составила – 16 (4,63%) пациентов, что, в целом, относится к минимальным показателям в рамках общероссийских данных. Выводы и рекомендации. Применение эндоскопического гемостаза у пациентов с ЯГДК в режиме программного комбинированного эндогемостаза позволяют добиться устойчивого гемостаза в подавляющем большинстве случаев. Применение методов открытого хирургического вмешательства, на фоне продолжающегося рецидива ЯГДК и невозможности достичь гемостаза эндоскопически, по сей день, остается актуальным. Однако, ежегодно хирургическая активность снижается, ввиду, развития технологий и методов эндоскопии. Авторы рекомендуют: выделять строгие критерии и показания для выполнения оперативного лечения, а также необходимый объем данных вмешательств.

24. Частота развития стриктур везикоуретрального анастомоза после простатэктомии при раке простаты в зависимости от хирургического доступа.

*Никитин Р.В. (1,2), Писоцкий В.В. (1),
Гуменюк С.Е. (2)*

Краснодар

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1»(1),
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России(2)

Актуальность. Формирование стриктур везикоуретрального анастомоза (ВУА) после радикальной простатэктомии (РПЭ) при раке простаты представляет на сегодняшний день важную проблему, снижающую качество жизни пациентов и приводящую зачастую к повторным хирургическим вмешательствам. Цель исследования. Сравнить функциональные результаты различных методик, учитывая метод роботической, лапароскопической и стандартной открытой простатэктомии в зависимости от методики формирования анастомоза. Материалы и методы. В исследование включены 1373 пациента, прооперированных в ККОД №1 г. Краснодара с 2015 по 2024 год. Роботассистированная методика (РПЭ)-486 пациентов, лапароскопическая (ЛПЭ)-205, открытая простатэктомия (ОПЭ)-682. При РПЭ использовался анастомоз двумя полуциркулярными нитями с 6-ти до 12-ти часов условного циферблата (УЦ) нитью 3-0 Vi-Loc. При ЛПЭ- непрерывный циркулярный анастомоз нитью Монокрил 3-0 начиная с 5-ти часов УЦ. При ОПЭ применено две методики-отдельные 6 швов нитью Викрил 3-0 на 5-ти

и 7-ми, 3-х и 9-ти часах, и методика двумя полуциркулярными швами, аналогично роботассистированному доступу. Результаты. За все время наблюдения с 2015 года у данной группы прооперированных пациентов формирование стриктуры ВУА было зарегистрировано у 4 пациентов (0,8%) в группе РаПЭ, у 3 (1,4%) в группе ЛПЭ, в группе ОПЭ 17 (6,1%) случаев при методике отдельных швов, и у 7 (1,7%) у пациентов с анастомозом аналогичным методике РаПЭ. Все случаи были прооперированы посредством ТУР. Обсуждение, выводы. Таким образом, формирование анастомоза при РПЭ непрерывным швом имеет явное преимущество перед методикой отдельных швов. Эндоскопические методы также показывают явное преимущество перед открытой хирургией. Лучшая визуализация, высокая прецизионность хирургии, более анатомичное сопоставление слизистой уретры и шейки мочевого пузыря позволяет снизить частоту таких осложнений, как несостоятельность ВУА, а главное, формирование стриктур в послеоперационном периоде. Рекомендации. Освоение техник эндоскопической хирургии, совершенствование навыков по мере накопления опыта позволит начинающим хирургам, а также хирургам, имеющий опыт открытой хирургии улучшить качество производимых хирургических вмешательств и максимально снизить риск возможных осложнений.

25. Качество жизни пациентов в сравнительном аспекте после минимально инвазивной видео-ассистированной гемитиреоидэктомии и традиционной гемитиреоидэктомии

*Курганов И.А., Мамиствалов М.Ш., Усманов И.С.,
Емельянов С.И.*

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России, кафедра эндоскопической
хирургии

Актуальность. Минимально инвазивная видео-ассистированная гемитиреоидэктомия и тиреоидэктомия сегодня являются наиболее распространенными операциями в хирургии щитовидной железы (ЩЖ), которые осуществляются при использовании видеоэндоскопических технологий. С другой стороны, несмотря на большое количество исследований, посвященных вопросам безопасности и непосредственным результатам данных вмешательств, изучению особенностей послеоперационного периода и качества жизни после проведения видео-ассистированных операций на ЩЖ уделяется недостаточно внимания. В связи с этим актуальным представляется изучение показателей качества жизни пациентов в послеоперационном периоде после выполнения минимально инвазивной видео-ассистированной

гемитиреоидэктомии (МИВАГ) в сравнении с традиционной открытой гемитиреоидэктомией (ОГ). Материал и методы. Исследование основано на анализе показателей послеоперационного качества жизни у 92 пациентов с доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ, которым было показано и проводилось оперативное вмешательство в объеме гемитиреоидэктомии. Исследуемую группу составили 45 пациентов, которым была выполнена операция по видео-ассистированной методике (группа МИВАГ). Контрольную группу составили 47 пациентов, которым гемитиреоидэктомия была проведена по традиционной открытой методике (группа ОГ). Анализ показателей качества жизни пациентов осуществлялся по шкале SF-36 на сроках 1 и 6 месяцев после операции. Полученные результаты. Изучение качества жизни по шкале SF-36 показало, что на сроке 1 месяц после операции у пациентов из группы МИВАГ был выявлен ряд более высоких показателей по сравнению с больными из группы ОГ. В частности, более высокими были критерии из группы физического компонента здоровья, а именно показатель физического функционирования ($92,7 \pm 10,2$ против $83,1 \pm 15,3$ балла; $p < 0,05$) и показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($86,1 \pm 11,7$ против $63,0 \pm 14,8$ баллов; $p < 0,01$). В группе показателей психологического компонента здоровья в пользу группы МИВАГ оказались статистически значимыми различия по критерию социального функционирования ($82,4 \pm 13,9$ против $72,6 \pm 14,8$ баллов; $p < 0,05$). По всем остальным критериям, как физического, так и психологического компонента здоровья, у пациентов группы МИВАГ также были зафиксированы более высокие показатели, но они не продемонстрировали статистически значимых различий по сравнению с контрольной группой. На сроке наблюдения, равном 6 месяцев после операции, все показатели, определенные в соответствии со шкалой SF-36 в группах сравнения, показали повышение значений по сравнению с соответствующими значениями, зафиксированными на сроке наблюдения, равном 1 месяцу после выполнения вмешательства. В то же время, значения всех показателей качества жизни были выше в исследуемой группе, однако ни по одному из критериев шкалы SF-36 в данном случае не было отмечено статистически значимых различий. При этом наибольшая средняя разница в баллах через 6 месяцев после операции была выявлена в пользу МИВАГ по показателю ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (4,5 балла) и показателю социального функционирования (4,9 балла). Обсуждение. По нашему мнению, в основе влияния методики МИВАГ на повышение качества жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде лежит снижение уровня травматичности операции и соответствующее сокращение сроков реабилитации. Однако, сохранение рубца на передней поверхности шеи приводит к отсутствию выраженного влияния в отдаленном послеоперационном периоде, в первую очередь, на психологический компонент здоровья, что подтверждается при сравнении с хирургическими вмешательствами, выполненными по методике ОГ. Выводы.

После проведения МИВАГ, по сравнению с ОГ, показатели качества жизни пациентов по шкале SF-36 демонстрируют значительное повышение в раннем послеоперационном периоде. С другой стороны, в отдаленном послеоперационном периоде, показатели качества жизни после МИВАГ и после ОГ оказываются сравнимы.

26. Объективный инструмент оценки риска развития острого постманипуляционного панкреатита у больных с холедохолитиазом, после эндоскопических вмешательств

Сигуа Б.В. (1), Левченко Е.И. (2), Мавиди И.П. (2), Семенова Е.А. (3), Орлов О.Ю. (4)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России,
- 2) СПб ГБУЗ «ГМПБ№2»,
- 3) Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ»
им. В.И. Ульянова (Ленина)
- 4) СПб ГБУЗ «Городская
Елизаветинская больница»

Актуальность: Ведущее место в лечении холедохолитиаза занимает эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией (ЛЭ), которые являются «золотым стандартом». Среди осложнений после эндоскопических процедур при лечении холедохолитиаза лидирующую позицию занимает острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП), частота возникновения которого составляет около 47% от общего количества осложнений. Для объективной оценки риска развития панкреатита после ЭПСТ и ЛЭ нами была разработана балльно-прогностическая шкала. Материалы и методы: Объектом исследования являлись пациенты с холедохолитиазом, которым были выполнены внутрипросветные эндоскопические ретроградные лечебные вмешательства. Было выделено две группы пациентов: основная группа - 72 пациента с холедохолитиазом, которым были выполнены эндоскопические манипуляции в период 2022-2024 гг. В группу сравнения были включены 154 пациента (2020-2022 гг). На основании корреляционного анализа лечения пациентов ретроспективной группы были выявлены факторы риска, играющие наибольшую роль в развитии ОПМП. Для определения риска развития ОПМП была разработана балльно-прогностическая шкала и предложен алгоритм дифференцированного ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде (72 ч). Балльно-прогностическая шкала риска развития ОПМП после эндоскопических вмешательств у больных с холедохолитиазом включает следующие параметры: возраст менее 50 лет (2 балла), ИМТ менее 26 (0 баллов), 26-31

(1балл), больше 31 (2 балла), БДС I типа по Haraldsson по данным предоперационной дуоденоскопии (1 балл), БДС II-III-IV типов по Haraldsson по данным предоперационной дуоденоскопии (2 балла), интрадивертикулярное расположение устья БДС (3 балла), механическая желтуха – гипербилирубинемия более 50 мкмоль/л (1 балл), «трудная» канюляция и переход на прием «precut» более 5 минут после контакта инструмента с БДС (3 балла), необходимость стентирования ОЖП (3 балла), непреднамеренная канюляция ГПП с последующим его стентированием (2 балла), диаметр ОЖП менее 10 мм по данным предоперационной МРХПГ/МСКТ (2 балла), конкременты ОЖП более 15 мм в диаметре по данным предоперационной МРХПГ (3 балла). Результат оценивали, суммируя полученные баллы: 0-5 баллов - низкая вероятность развития ОПМП; 6-11 баллов - умеренная вероятность развития ОПМП; 12 и более баллов - высокая вероятность развития ОПМП. Послеоперационное ведение больных проводилось с учетом вероятности развития ОПМП (по данным БПШ) с учетом предоперационного обследования и интраоперационной ситуации. Результаты: Применение БПШ при планировании и проведении эндоскопических вмешательств у больных с холедохолитиазом позволило существенно уменьшить вероятность развития ОПМП, а при его развитии отмечена только легкая степень. На основании разработанной балльно-прогностической шкалы был получен патент на программу для ЭВМ: Пат. 2024619024 Российская Федерация. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ: Балльно-прогностическая шкала риска развития постманипуляционного панкреатита после эндоскопических вмешательств у пациентов с холедохолитиазом// Сигуа Б.В., Левченко Е.И., Мавиди И.П., Петров С.В., Орлов О.Ю., Семенова Е.А., Оспищева Е.А., Котков П.А., Земляной В.П. заявитель и патентообладатель гос. бюджетное образовательное учреждение высшего проф. образования «Северо-Западный гос. мед. университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ. - № 2024617888; заявл. 15.04.2024. Выводы: Эндоскопическое транспапиллярное вмешательство при холедохолитиазе ассоциируется с риском развития осложнений, наиболее частым из них является острый постманипуляционный панкреатит. При планировании транспапиллярных эндоскопических вмешательств необходимо учитывать факторы риска развития панкреатита. Учет этих факторов и использование балльно-прогностической шкалы позволяет стратифицировать пациентов с учетом вероятности развития острого постманипуляционного панкреатита и осуществлять дифференцированное периоперационное сопровождение, направленное на профилактику данного осложнения.

**27. Эндоскопическое стентирование
панкреатического протока у пациентов с острым
билиарным панкреатитом**

*Сталева К.В., Новиков С.В., Ярцев П.А.,
Тетерин Ю.С., Киселев В.В., Жигалова М.С.*

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Острый билиарный панкреатит встречается у 25-90% пациентов с желчнокаменной болезнью. Одним из показаний к ретроградному вмешательству в ранней фазе острого панкреатита является вклинение конкремента в ампулу большого дуоденального сосочка (БДС), которое встречается у 2,5-14,2% больных. В литературе не описаны четкие показания для панкреатодуоденального стентирования при ретроградном вмешательстве на фоне вклинения конкремента. Цель. Оценить эффективность стентирования панкреатического протока в ранней фазе на течение острого панкреатита у пациентов с вклинённым конкрементом большого дуоденального сосочка. Материал и методы. В институте обследован и пролечен 21 пациент с острым билиарным панкреатитом, развившимся на фоне вклинения конкремента в ампулу БДС за 2022-2024 годы. Средний возраст в первой группе составил 62 года, во второй группе составил 55 лет. В первой группе было 6 женщин (60%) и 4 мужчины (40%). Во второй группе 7 женщин (63,6%) и 4 мужчины (36,4%). По полу группы статистически значимо не различались. Всем больным в приемном отделении проводили клинические осмотр, лабораторные и инструментальные исследования. Ряду больных выполняли эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС). Показанием к выполнению ЭУС было подозрение на вклинённый конкремент в ампулу БДС либо клинико-лабораторные изменения, указывающие на вклинённый конкремент, но отсутствие его визуализации по данным дуоденоскопии. При визуализации конкремента в БДС выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, папиллосфинктеротомию, литоэкстракцию. Пациенты были разделены на 2 группы: первая – пациенты, которым выполняли литоэкстракцию и стентирование панкреатического протока - 10 больных (47,6%), вторая – пациенты, которым выполняли только литоэкстракцию - 11 (52,4%) пациентов. Для стентирования использовали перфорированные пластиковые панкреатические стенты диаметром 5-7 Fr и длиной 70-100 мм. Распределение пациентов по группам проводили слепым методом. Всем больным проводили терапию, согласно клиническим рекомендациям по лечению пациентов с острым панкреатитом. Результаты. Среднее время операции в первой группе составило $51,5 \pm 22,5$ минут, во второй – $36,8 \pm 15,1$ минут. Средние показатели в биохимическом анализе крови при поступлении у пациентов первой группы были: амилаза 2095,1 ЕД/л, билирубин общий 96,5 мкмоль/л, билирубин прямой 71,9 мкмоль/л, АЛТ 269,1 ЕД/л, АСТ 211,9 ЕД/л, во второй группе: амилаза 2118,8 ЕД/л, били-

рубин общий 84,6 мкмоль/л, билирубин прямой 61,8 мкмоль/л, АЛТ 338,1 ЕД/л, АСТ 264,8 ЕД/л. В послеоперационном периоде показатели в биохимическом анализе крови у пациентов первой группы были: амилаза 243,1 ЕД/л, билирубин общий 35,8 мкмоль/л, билирубин прямой 21,1 мкмоль/л, АЛТ 69,5 ЕД/л, АСТ 53,4 ЕД/л, во второй группе: амилаза 151,1 ЕД/л, билирубин общий 20,6 мкмоль/л, билирубин прямой 8,9 мкмоль/л, АЛТ 73,9 ЕД/л, АСТ 36,1 ЕД/л. Статистически значимых различий в регрессе уровня билирубина, амилазы, печеночных ферментов не было ($p=0,001$). Средний срок госпитализации пациентов в первой группе был $10,6 \pm 7,4$ суток, во второй $11,6 \pm 7,8$ суток. Инфицирование парапанкреатита в послеоперационном периоде было у 1 пациента в первой группе (4,8%). В первой группе было 2 (20%) летальных исхода, во второй группе 1 (9,1%) летальный исход. По законченному случаю в первой группе было 3 пациента (30,0%) с панкреатитом легкой степени тяжести, 5 пациентов (50,0%) - средней степени тяжести и 2 (20,0%) пациента - с тяжелым панкреатитом. Во второй группе 6 пациентов (54,5%) с панкреатитом легкой степени тяжести, 4 пациента (36,4%) - средней степени тяжести и 1 (11,2%) пациента - с тяжелым панкреатитом. Выводы. Профилактическое эндоскопическое стентирование панкреатического протока не улучшило течение послеоперационного периода у пациентов с острым билиарным панкреатитом, развившимся на фоне вклинённого конкремента БДС, однако, ввиду небольшого количества пациентов, для получения достоверных результатов требуется продолжить набор больных

**28. Уровень эндогенной интоксикации
при различных видах оперативного доступа**

*Власов А.П., Салахов Е.К., Муратова Т.А.,
Алагулов А.А., Плешков А.С.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем в хирургии остаётся проблема эндогенной интоксикации. Явления эндогенной интоксикации и развития системного воспалительного ответа при хирургических заболеваниях могут стать фатальными из-за формирования синдрома полиорганной недостаточности. Цель. Оценка клинико-лабораторной эффективности лапароскопических вмешательств по сравнению со стандартной лапаротомией у пациентов с распространенным перитонитом, сравнивая уровень эндогенной интоксикации. Материалы и методы. Анализ произведен 107 пациентов острым перитонитом распространенной формой: основная группа - пациенты перенесли лапароскопические операции; контрольная группа – открытые лапаротом-

ные вмешательства. Для оценки ЭИ применялись ЛИИ, оценка уровня МСМ, лактоферрина, интенсивность ПОЛ. Результаты. Первоначально уровень лейкоцитов в периферической крови был выше нормы и составлял $17,2 \pm 4,0$ и $16,8 \pm 4,2 \cdot 10^9/\text{л}$ в основной и контрольной группах соответственно. К пятым суткам после операции уровень лейкоцитов в основной группе вернулся к норме, в то время как в контрольной группе этот показатель не достиг верхней границы нормы даже к седьмым суткам. Уровень СОЭ, изначально был высоким: $18,7 \pm 3,8$ мм/час в основной группе и $19,0 \pm 4,2$ мм/час в контрольной. У пациентов основной группы снижение уровня СОЭ происходило быстрее: уже к седьмым суткам после операции он уменьшился на 11,7% по сравнению с исходным значением. В контрольной группе также отмечалось постепенное снижение уровня СОЭ, но к седьмым суткам оно составило только 9,7%. Исследование ЛИИ выявило, что у пациентов основной группы показатели нормализовались быстрее, начиная с третьих суток. В основной группе уровень МСМ к третьим суткам снизился почти в полтора раза. У пациентов после открытой операции уровень этих токсинов уменьшался низким темпом и с третьих суток различия уровня МСМ между группами стал статистически значимым. Аналогичная динамика прослежена по отношению уровня лактоферрина и ТБК-активных продуктов, обладающих выраженным токсическим действием. Выводы. Преимущество лапароскопических операций очевидно, они имеют ряд положительных свойств, которые делают их привлекательными для пациентов и врачей. Это достигается благодаря нескольким факторам: минимально инвазивная техника снижает травматичность процедуры; лапароскопия связана с меньшей вероятностью развития мультиорганных поражений из-за меньших явлений эндотоксемии.

29. Результаты диагностики и лечения острого аппендицита

Стрижелецкий В.В. (1,2), Рутенбург Г.М. (1,2,3),
Султанова Ф.М. (1,2), Макаров С.А. (1,2)

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия
- 2) СПбГУ, кафедра общей хирургии
- 3) ПСПбГМУ им И.П. Павлова, кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) занимает первое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Внедрение в клиническую практику методов, которые позволяют верифицировать или исключить данный диагноз является одной из важ-

нейших задач современной хирургии. Во многих стационарах оснащение экстренных операционных залов осуществляется по остаточному принципу, следует отметить недостаточное количество наборов инструментов и современных энергетических установок. Согласно данным главного хирурга России в 2023 году процент лапароскопических аппендэктомий продолжает увеличиваться (47,37%). Лидерами по частоте выполнения лапароскопических аппендэктомий является Северо-Западный Федеральный округ (75,17%), однако в некоторых субъектах доля их не превышает 10%, а в отдельных регионах вовсе не выполняется. Материал и методы. Лапароскопия в диагностике и лечении ОА коллектив занимается с 1990 г. В нашей клинике в 1991 г впервые в Санкт-Петербурге была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Обоснованные клинико-лабораторными данными подозрения на ОА являются показанием к диагностической лапароскопии под общим обезболиванием. Начав использоваться в диагностических целях, лапароскопия быстро переросла в лечебную, включая все традиционные этапы вмешательства: мобилизацию аппендикса, обработку культи отростка, санацию и дренирование брюшной полости. За период активного использования эндовидеохирургических технологий в трех клиниках выполнено более 30000 лапароскопических аппендэктомий. Последние годы экстренные операционные залы оснащены высококачественными видеосистемами, всеми видами хирургических энергий. Все хирурги проходят кривую обучения у врачей-наставников прежде, чем самостоятельно выполнять лапароскопические аппендэктомии. «Сложные» операции выполняют только ответственные дежурные хирурги. Полученные результаты. В нашем стационаре с каждым годом увеличивается доля лапароскопической методики при аппендэктомиях и в 2024 г составила 99,5 %. В период освоения методики осложнения составляли 7%, а с накоплением опыта и с адекватным оснащением в настоящее время снизились до 0,2%. Обсуждение. Улучшение результатов диагностики и лечения ОА сегодня возможно за счёт широкого внедрения в urgentную хирургию эндовидеохирургических технологий. Современная визуализация, хирургическая энергия позволяют выполнять операции с минимальной кровопотерей, сокращает время, необходимое для санации брюшной полости, следовательно, повышают качество хирургической помощи. Сокращение продолжительности аппендэктомии особенно актуально в стационарах скорой помощи, где экстренные операции проводятся на потоке. Выводы и рекомендации. Полноценное оснащение экстренных операционных (достаточное количество наборов инструментов, современные виды хирургической энергии, высококачественные видеосистемы) позволяет оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь пациентам с ОА и значительно сократить длительность оперативного вмешательства, что позволяет выполнять операции без задержек и снизить до минимума процент осложнений.

30. Анализ гормонального статуса после лапароскопической миомэктомии

Кахиани Е.И. (1,2), Чаава Л.И. (1), Олина А.А. (2,3)
Сигуа Б.В. (4), Дудниченко Т.А. (2)

Санкт-Петербург

- 1) СПбГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»
- 2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова 3) ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта 4) ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Актуальность. Миома матки является наиболее распространенной доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70%. Средний возраст выявления миомы матки 32-34 года, отмечается рост частоты встречаемости миомы матки у женщин до 30 лет. [1]. В последние годы наметилась тенденция на снижение числа гистерэктомий и увеличение органосохраняющих операций (миомэктомия), однако истинное число выполняемых миомэктомий не известно. Исследования, посвященные здоровью женщин после гистерэктомии, показывают статистически значимое увеличение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, рака почек, дисфункции тазового дна, переломов костей, деменции, депрессии, болезни Паркинсона, а также более наступление менопаузы [2]. Интерес представляют исследования, направленные на изучение гормонального статуса пациенток после миомэктомии. Материалы и методы. Обследовано 36 пациенток в репродуктивном возрасте (36-45 лет), до оперативного лечения, на 7-14 сутки и через 9-12 месяцев после лапароскопической миомэктомии. Оценивали индекс массы тела (ИМТ, традиционная методика), сывороточный уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ, 3,5 – 12,5 мМЕ/мл) и лютеинизирующего гормона (ЛГ, 2,4 – 12,6 мМЕ/мл) на 3-5 день менструального цикла, результаты изучения выраженности климактерического синдрома (анкета Куппермана). Исследование выполнено на базе кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова и гинекологического отделения СПбГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия». Статистический анализ данных включал расчет относительных показателей (средняя арифметическая (М), среднее квадратичное отклонение (?), достоверными считали различия $p < 0,05$ (критерий Стьюдента). Полученные результаты. ИМТ не имело достоверных различий на протяжении всего периода исследования. Уровень ФСГ до операции составил $7,3 \pm 3,64$, на 7-14 сутки после операции $6,8 \pm 5,04$, через 9-12 месяцев – $9,9 \pm 5,04$ (достоверные различия в показателях до операции и через 9-12 мес, $p < 0,05$). Уровень ЛГ соответственно: $6,3 \pm 3,27$, $7,1 \pm 1,67$, $7,9 \pm 2,40$, различия достоверно не значимы. Симптомы климактерического синдрома

отмечены у 17 пациенток после операции, у 9 пациенток данные симптомы были связаны с повышением уровня ФСГ выше референсных значений. Обсуждение. Данные исследований о влиянии миомэктомии на овариальную активность не однозначны. Представленные нами результаты доказывают снижение функции яичников, что в ряде случаев подтверждается клиническими проявлениями климактерического синдрома. Выводы. Миомэктомия имеет достоверное влияние на овариальную функцию, при стабильных показателях ИМТ пациентки. Рекомендации. Проводить исследование уровня ФСГ в послеоперационном периоде с оценкой проявлений климактерического синдрома с целью своевременной регистрации снижения овариальной функции и коррекции репродуктивных планов. Литература. 1. Клинические рекомендации «Миома матки» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2024 г. 2. Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Колода Ю.А., Кузнецов Р.Э., Игнатченко О.Ю. Функциональные исходы миомэктомии. Проблемы репродукции. 2020;26(3):31-38. Podzolkova NM, Korennaya VV, Koloda YuA, Kuznetsov RE, Ignatchenko OYu. Functional outcomes of myomectomy. Russian Journal of Human Reproduction. 2020;26(3):31-38. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/repro20202603131>

31. Принципы Fast-Track подхода в лечении пациентов с поздними осложнениями заболеваний артерий нижних конечностей

Осадчий А.А. (1,2), Шатиль М.А. (1),
Чернышев О.Б. (1), Герасимов К.А. (1),
Бубнова Н.А. (1,2)

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия»
- 2) СПбГУ, кафедра общей хирургии

Актуальность: Во всем мире отмечается неуклонный рост количества пациентов с сахарным диабетом (СД). В Российской Федерации с 2000 г количество пациентов выросло в два раза: по данным Федерального регистра СД на 01.01.2023 г., число лиц с СД составило 4 962 762 (3,31% населения РФ). Ключевым звеном формирования поздних осложнений СД является поражение артериального русла с нарушениями периферического кровообращения. Качество жизни пациентов с осложнениями СД напрямую зависит от уровня ампутации конечности, в связи с чем общий вектор оказания высокоспециализированной медицинской помощи направлен в пользу малых хирургических вмешательств, восстановления артериальной проходимости, закрытие трофического дефекта в короткие сроки и в рамках одной госпитализации. Материалы и методы: В рамках ретроспектив-

ного исследования из медицинской информационной системы (МИС) «Ариадна» СПбГБУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия» по коду медико-экономического стандарта (МЭС) отобраны сведения о пациентах, получавших лечение в условиях гнойно-септических отделений с осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС) и облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК), в период с 2022 – 2024 гг. Всего получены данные о 1680 пациентах, из них с нарушениями периферического кровообращения разной степени было 1149. Большинство пациентов были лицами пожилого и старческого возрастов. Все пациенты поступили в экстренном порядке и потребовали первичного оперативного вмешательства в различных объемах: от вскрытия флегмоны до малой ампутации. В дальнейшем наиболее частым оперативным вмешательством у 588 (75%) пациентов являлось проведение транслюминальной баллонной ангиопластики артерий нижних конечностей без стентирования. В рамках единой госпитализации подготовка раневого дефекта и закрытие свободной кожной пластикой потребовалась у 75 пациентов. Особенностью данной группы является сложность в подготовке раневой поверхности к закрытию перфорированным кожным лоскутом ввиду: ее бактериальной обсемененности, зачастую устойчивой микрофлорой; нарушением микроциркуляции на фоне длительно существующего сахарного диабета, необходимостью коррекции коморбидного статуса, регулирование уровня гипергликемии, коррекция анемии и гипопроотеинемии. В рамках подготовки раневого дефекта к окончательному реконструктивному этапу активно использовались такие физические методы воздействия, как: ультразвуковая кавитация, современные раневые покрытия и ВАК-терапия. Результаты: За 2022 год свободная аутодермопластика перфорированным кожным лоскутом выполнена 4-ем пациентам, перенесшим этапные некрэктомии и реваскуляризацию артерий нижних конечностей, у них отмечена 100% приживаемость лоскута. За 2023 год таких операций было 3, приживаемость отмечена у 2 из 3. За 2024 г. - 68 пациентов, из которых 16 пациентов были с магистральным артериальным кровотоком, а 34-м пациентам выполнялась реваскуляризация. Приживаемость кожных трансплантатов составила 91%. Существенной проблемой является закрытие глубокого раневого дефекта, с выраженным дефицитом мягких тканей, особенно на опороспособной поверхности стопы. Таким пациентам в 2024 года начали выполнять пластику мышечным лоскутом на питающей ножке, как первый этап на пути к последующему закрытию раневого дефекта кожным лоскутом. Было выполнено 12 оперативных вмешательств, из которых 7 закончились успешно (лоскут приживлен). Выводы: До недавнего времени подготовка раневого дефекта к полному закрытию свободной кожной пластикой у пациентов с выраженной инфекцией на стопе, перенесшим хирургическое вмешательство в объеме некрэктомии с последующей реваскуляризацией артерий нижних конечностей не представлялась возможной. Вектор был направлен на длительное лечение в амбула-

торных условиях, получение стерильных бактериальных посевов из ран и дальнейшее решение вопроса о повторной госпитализации с целью укрытия раневого дефекта кожным трансплантатом. Однако, опираясь на данные исследования: A retrospective cohort study on enhanced recovery after surgery (ERAS) in patients with diabetic foot ulcer, а также на данные Fast-Track Pathway: An Effective Way to Boost Diabetic Foot Care можно с уверенностью говорить о том, что ускоренное лечение, ранние реконструктивные оперативные вмешательства способствуют уменьшению количества койко-дней, снижают затраты на лечение, уменьшают количество повторных госпитализаций, снижают риски ампутаций, снижают смертность и улучшают продолжительность и качество жизни пациентов. Немаловажным является то, что только мультидисциплинарный подход к комплексному лечению больных данной группы позволяет улучшить качество жизни пациентов, ее продолжительность, снизить в последующем нагрузку на амбулаторное и стационарное звено (повторные госпитализации), которые в свою очередь играют большое экономическое значение для системы здравоохранения.

32. Эффективность лазерной литотрипсии под контролем холангиоскопии в лечении «сложного» холедохолитиаза при механической желтухе

*Стрижелецкий В.В. (1,2), Стекольников А.А. (1),
Бельняк Е.И. (1), Мальцева Е.А. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия»
- 2) СПбГУ, кафедра общей хирургии

Актуальность. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) является «золотым стандартом» в лечении холедохолитиаза. Многие случаи холедохолитиаза успешно разрешаются с помощью папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с литоэкстракцией. Однако, при наличии множественных конкрементов, особенно размером ?1,5см, или в сочетании холедохолитиаза со стриктурами гепатикохоледоха, эффективность эндоскопических методик падает. В таком случае целесообразно применение ретроградной холангиоскопии с помощью системы SpyGlass (Boston Scientific Corp., USA) и контактной лазерной литотрипсии под визуальным контролем. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов со «сложным» холедохолитиазом, которые проходили лечение на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия» с января 2024г. по декабрь 2024г. Анализ прово-

дился у 24 пациентов, среди них 14 женщин и 10 мужчин в возрасте от 28 до 82, средний возраст составил $\pm 61,5$ лет. У всех на предоперационном этапе был подтвержден диагноз ЖКБ. Холедохолитиаз в сочетании с механической желтухой. У всех пациентов согласно данным инструментального обследования диаметр конкрементов превышал 1,5 см, что соответствует понятию «сложный» холедохолитиаз. Пациенты были распределены на три группы: 1. Группа лазерной литотрипсии под контролем холангиоскопии 2. Группа стандартной литоэкстракции корзиной Dormia 3. Группа повторного вмешательства после неполного успеха литоэкстракции корзиной Dormia для лазерной литотрипсии. После предоперационной подготовки всем пациентам была выполнена ЭРХПГ в срочном порядке. Пациентам 1-ой и 2-ой группы выполнялась папиллосфинктеротомия. Пациентам 1-ой группы выполнялась контактная лазерная литотрипсия гольмиевым лазером. Система гольмиевой лазерной литотрипсии Asclepion (Германия) использовалась для обеспечения непрерывной (неинтервальной) лазерной терапии мощностью 10 Вт (энергия 1 Дж, частота 10 Гц) через канал холангиоскопа. Далее выполнялась литоэкстракция фрагментов конкрементов корзиной Dormia. Успех операции оценивался контрольной холангиоскопией желчевыводящих путей. Пациентам 2-ой группы выполнялась только литоэкстракция корзиной Dormia. Эффективность оценивалась контрольной рентгенхолангиоскопией. У 3 пациентов второй группы (37,5%) первый этап ЭРХПГ завершался билиарным стентированием пластиковым стентом из-за неполного успеха литоэкстракции. Тем самым стентирование холедоха обеспечивало декомпрессию желчевыводящих путей и купирование механической желтухи. На втором этапе лечения через 2-3 месяца данным пациентам выполнялось ЭРХПГ, лазерная литотрипсия под контролем холангиоскопа. Результаты. В первой группе технический успех достигнут в 100% случаев. Во второй группе успех достигнут лишь у 5 пациентов из 8 (62,5%), что потребовало повторного вмешательства с применением лазерной литотрипсии. В третьей группе технический успех достигнут в 100% случаев. Обсуждение. Методика холангиоскопии системой Spyglass и применением контактной лазерной литотрипсии показала свою высокую эффективность в лечении «сложного» холедохолитиаза. Использование холангиоскопии позволяет сократить число повторных ретроградных вмешательств, повысить эффективность ЭРХПГ. Выводы. Данный подход позволяет специалистам четко определять тактику ведения и лечения пациентов со сложным холедохолитиазом. Нами продемонстрирован опыт, что лазерная литотрипсия с применением холангиоскопии, увеличивает вероятность успеха эндоскопического лечения «сложного» холедохолитиаза за один этап по сравнению с обычными методами.

33. РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНОЙ IN SITU АРТЕРИАЛИЗАЦИИ ГЛУБОКИХ ВЕН СТОПЫ ПРИ «БЕЗВАРИАНТНОЙ» ФОРМЕ ИШЕМИИ, УГРОЖАЮЩЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Курьянов П.С., Гусев А.А., Шатиль М.А.,
Добрыдин О.Н., Осадчий А.А., Пламенева Ю.В.,
Шумахер Р.С., Малин Р.У., Чернышов О.Б.,
Ануфриев М.В., Артюшин Б.С., Уртеев О.В.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Городская больница Святого
Великомученика Георгия, Центр диабетической
стопы и хирургической инфекции

Актуальность: Около 1% пациентов с ишемией, угрожающей конечности, имеют тяжелое нереконструкбельное поражение артерий голени и стопы, не позволяющее выполнить сосудистую реконструкцию обычным (открытым или эндоваскулярным) способом. В таких сложных случаях может быть эффективной артериализация глубоких вен стопы. В настоящей работе представлен ретроспективный анализ результатов гибридной артериализации глубоких вен стопы по новой методике in situ. Материал и методы: артериализацию выполняли пациентам с хронической ишемией, угрожающей конечности (стадия ишемии 5-6 по Rutherford). Критерием исключения были слишком обширные трофические изменения, а также выраженная инфекция стопы (2-3 степени тяжести по IDSA). В качестве кондуита использовали большую подкожную (БПВ) или малую подкожную (МПВ) вены конечности. Первым этапом выполняли анастомоз между БПВ или МПВ с подколенной (ПКА) или поверхностной бедренной (ПБА) артерией. Далее антеградным доступом через общую бедренную артерию (ОБА) эндоваскулярным способом разрушали клапаны в венозном кондуите от уровня анастомоза с артерией до уровня стопы. Добивались поступления артериальной крови через один из коммуникантов стопы из подкожного кондуита (БПВ или МПВ) в глубокие вены стопы. Далее эмболизировали боковые ветви венозного кондуита для блокирования сброса крови по ним в проксимальном направлении. В раннем послеоперационном периоде при выявлении признаков венозного сброса по боковым ветвям проводили повторную эндоваскулярную эмболизацию открывшихся ветвей. Некрэктомии и малые ампутации выполняли в отсроченном порядке через 1 – 4 недели. При прогрессировании инфекционно-некротических изменений стопы выполняли высокую ампутацию конечности. У пациентов с положительным эффектом реваскуляризации контролировали заживление зоны трофических изменений. При развитии рецидива ишемии госпитализировали пациентов для обследования и определения показаний к повторной реваскуляризации. Оценивали частоту высоких ампутаций и осложнений в раннем послеоперационном периоде (30 дней). В отдаленном послеоперационном периоде оценивали накопленную частоту сохранения конечности, свободу от

повторных реваскуляризаций, а также частоту полного заживления стопы. Результаты: Вмешательство выполнено 15 пациентам (12 мужчин, 80%) с хронической ишемией, угрожающей конечности. Медианный возраст составил 55 лет (38-78). Артериализацию выполняли через бассейн БПВ в 12 случаях (80%), через бассейн МПВ в 3 случаях (20%). У 2 пациентов (13,3%), несмотря на функционирующую реконструкцию, трофические изменения прогрессировали, что потребовало выполнения ранней высокой ампутации конечности. Срок послеоперационного наблюдения составил 1-36 месяцев (медиана 11 месяцев). Вероятность сохранения конечности в отдаленном периоде составила 60%; свобода от повторных реваскуляризаций – 55%; полное заживление стопы достигнуто у 60% больных. Обсуждение: к основным нерешенным вопросам при артериализации вен стопы мы относим механизм перестройки микроциркуляции, определение показаний и противопоказаний, время выполнения некрэктомии и особенности ведения ран стопы, способы повышения отдаленной проходимости венозного кондуита. Заключение: методика гибридной *in situ* артериализации позволяет добиться сохранения нижней конечности у значительной доли больных с «безвариантной» критической ишемией. Необходимы сравнительные исследования для уточнения подходов к ведению трофических дефектов стопы в этой когорте пациентов, а также для определения эффективности методов повышения отдаленной проходимости сосудистой реконструкции.

34. Современные артроскопические технологии в лечении повреждения мениска коленного сустава

Чапурин В.А. (1), 2, Бесаев А.Г. (2)

Санкт-Петербург

1 СПбГУ, Кафедра общей хирургии
2 СПб ГБУЗ «Городская больница Святого
Великомученика Георгия»

Актуальность. Одним из самых частых видов внутрисуставных повреждений коленного сустава является разрыв мениска. Согласно официальным статистическим данным чаще данная патология встречается у молодых лиц мужского пола трудоспособного возраста. Мениск несет опорную функцию в коленном суставе и при его разрыве запускается процесс дегенеративно-дистрофических процессов, приводящих к развитию в течение 3-5 лет посттравматического гонартроза. При прогрессировании остеоартроза разрушаются все компоненты коленного сустава: хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, весь капсульно-связочный аппарат, а также периартикулярные мышцы, возникает стойкая утрата функции

конечности, определяющая высокую вероятность инвалидности в молодом возрасте. Материал и методы. Доля минимально инвазивных реконструктивных операций на коленном суставе на данный момент в клинике составляет более 70%. За последние 3 года этот показатель прогрессивно растет: в 2022 – 48%, 2023 – 64%, 2024 – 77%. Данная динамика определяется активным внедрением в операционных клиники современного оборудования, новых технологий и оригинальных имплантируемых фиксаторов от лучших производителей. Доля открытых оперативных вмешательств при разрыве мениска коленного сустава сведена к нулю. С апреля 2022 по декабрь 2024гг с разрывом мениска коленного сустава прооперированы 678 пациентов. Из них 542 мужчин (80%), средний возраст составил 38,5±5,8 лет. У 133 пациентов (20%) разрывы менисков сочетались с повреждением передней крестообразной связки, разрыв внутреннего мениска диагностирован у 516 пациентов (76%), наружного мениска – 120 случаев (18%), разрывы обоих менисков – 42 (6%). Парциальная моделирующая резекция мениска применялась в случае застарелых повреждений в некро-воснабжаемой области мениска у 206 пациентов (30%). Шов мениска применялся в случае свежих разрывов, локализующихся в кровоснабжаемой области у молодых лиц без явных признаков развивающегося гонартроза – в 472 случаев (70%). Полученные результаты. У 37 пациентов (5,5%) после шва мениска потребовалась повторная операция в связи с очередной травмой, нарушением пациента рекомендаций по разгрузке конечности в ранний послеоперационный период, также в 3 случаях (0,4%) с целью удаления нерассасывающихся лигатур в области прикапсульного шва мениска, сопровождающихся неврологическими симптомами. В раннем послеоперационном периоде развились следующие осложнения: гемосиновит, купируемый консервативной терапией, – 81 (12%), стойкая контрактура, связанная с артрофиброзом, требующая повторной санационной артроскопии, – 2 (0,3%), инфекционные осложнения – 1 случай (0,1%), тромбозов – не выявлено, летальность – 0. За период наблюдения 1-2 года отмечается прогрессирование признаков гонартроза преимущественно в группе, где выполнялась резекция мениска, 5 пациентам (0,7%) проведено эндопротезирование коленного сустава. Обсуждение. Во всех случаях при артроскопии были обнаружены признаки посттравматической хондромалации со стороны повреждения мениска: при свежих повреждениях 1-2ст, при застарелых 2-3ст. В связи с чем доказывает постулат, что разрывы менисков методично приводят к разрушению суставного хряща и развитию остеоартроза. При 2-3 стадиях гонартроза шов мениска не показан, резекция мениска применима только в случае стойкой блокады коленного сустава. Выводы и рекомендации. Эффективность шва мениска зависит от следующих критериев: свежести травмы, возраста пациента, индекса массы тела, наличия признаков гонартроза, наличия варусных либо вальгусных деформаций коленного сустава, системных сопутствующих заболеваний, в том числе ревматологических, возможности у пациента соблюдать протоколы реа-

билитации после реконструктивных операций на коленном суставе. Современные артроскопические технологии при свежих разрывах мениска коленного сустава являются высокоэффективным методом лечения и полностью заменяют открытые операции, в связи с чем крупные стационары, имеющие травматологические койки, должны быть оборудованы соответствующим образом.

35. Раннее малоинвазивное хирургическое лечение острого панкреатита

Стрижелецкий В.В. (1,2), Рутенбург Г.М. (1,2,3),
Макаров С.А. (1,2), Ломия А.Б. (1),
Амеличев А.А. (1), Султанова Ф.М. (1,2),
Рудин А.В. (1), Соболев Н.Ю. (1)

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия
- 2) СПбГУ, кафедра общей хирургии
- 3) ПСПбГМУ им И.П. Павлова, кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой

Актуальность: Острый панкреатит – является одной из самых важных проблем неотложной хирургии, в виду высокой частоты заболеваемости и быстрого развития тяжелых осложнений с высокой степенью летальности. Материалы и методы: В Городском центре инновационных медицинских технологий на базе СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Георгия» в период с января по декабрь 2023г. было пролечено 156 пациентов с острым панкреатитом с гиперاميлаземией больше 300 ед/л и увеличением размеров головки поджелудочной железы по данным УЗИ при поступлении. Из них 54 пациентам проводилась операция лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости в первые 2-4 часа от поступления. У 11 (20,37%) из прооперированных пациентов, при поступлении по данным УЗИ определялись признаки свободной жидкости в брюшной полости, и такие пациенты были прооперированы сразу же после прохождения диагностического минимума. Остальные 43 (79,62%) больных были взяты на операцию в виду не купирующегося болевого синдрома после проведения инфузионной консервативной терапии в течении 3 часов. Пациенты с гиперاميлаземией более 1000 ед/л госпитализировались в ОРИТ, таких было 26 (15,66%), в дальнейшем, после проведения терапии 14 (53,84%) из них были прооперированы в виду сохраняющегося болевого синдрома. Максимальный уровень гиперاميлаземии составлял 3578 ед/л. Из прооперированных пациентов у 41 (75,92%) во время операции был выявлен геморрагический панкреонекроз с единичными участками стеатонекрозов и ферментативным перитонитом. В 13-ти

наблюдениях (24,08%) был выявлен жировой панкреонекроз, без выпота в брюшной полости. Во время операции проводилась лапароскопическая ревизия органов брюшной полости, санация всех отделов брюшной полости 2-3 литрами физиологического раствора, установка 3 ПХВ 10 мм дренажей справа - в подпеченочное пространство, и малый таз, слева – по левому боковому каналу. Уровень амилазы в выпоте варьировал от 6478 до 32613 ме/л. Все прооперированные пациенты в послеоперационном периоде были переведены в ОРИТ для дальнейшего лечения и наблюдения. Через 12-14 дней после операции всем пациентам проводилась компьютерная томография органов брюшной полости. Полученные результаты: При оценке результатов раннего хирургического лечения пациентов с острым панкреатитом была отмечена нулевая летальность. Хирургическая активность составила 34,61%. Среднее время госпитализации составило 15,34 койко-дней, минимальным было 13, максимальным 21. Среднее время нахождения в ОРИТ было 4 койко-дня, минимально 3, максимально 7. Повторная лапароскопия не потребовалась ни в одном наблюдении. Ранних послеоперационных осложнений не было зафиксировано. У 13 (25,92%) пациентов по данным КТ органов брюшной полости были выявлены признаки формирующейся кисты поджелудочной железы. Все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Обсуждение: Учитывая полученные результаты можно сделать вывод, о том, что сохранение болевого синдрома у пациентов с клинической картиной острого панкреатита после проведения инфузионной консервативной терапии, говорит о её неэффективности и предполагает высокие риски развития осложнений. В виду чего, в таких случаях, раннее хирургическое лечение в объеме лапароскопической санации и дренирования брюшной полости, может быть эффективным методом лечения острого панкреатита, предупреждения развития тяжёлых форм панкреатита, гнойно-септических осложнений и как следствие - летальности. Выводы и рекомендации: 1. Пациентам с клинической картиной острого панкреатита и наличием признаков свободной жидкости в брюшной полости необходимо выполнять лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости. 2. Пациентам с сохраняющимся болевым синдромом после проведения инфузионной консервативной терапии рекомендуется выполнить лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

36. Лапароскопия в лечении спаечной кишечной непроходимости

*Салахов Е.К., Власов А.П., Маркин О.В.,
Алагулов А.А., Казаков Р.Р., Абрамов А.А.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Илеус спаечного генеза по праву относится к тяжелому осложнению в ургентной хирургии живота, особенно возникший в самые ранние сроки после операции. Цель. Сравнить результативность хирургии спаечной тонкокишечной непроходимости, произведенной различными способами. Материал и методы. Анализу подверглись 115 больных илеусом спаечного генеза: 65 пациентам выполнен лапароскопический адгезиоэнтеролизис (основная); 50 пациентам рассечение спаек и устранение кишечной непроходимости произведено открытым оперативным доступом (контрольная группа). Изучен процесс восстановления функционального восстановления кишечника: моторика (УЗ-признаки восстановления и оценка дистанции скольжения кишечника); явления энтерального дистресс-синдрома. Результаты. Установлены и подтверждены преимущества миниинвазивного адгезиоэнтеролизиса в лечении больных илеусом: число осложнений существенно уменьшилось, особенно раневых; летальность снизилась (1 (1,6%) пациент в основной, 3 (6,0%) больных в контрольной группе). Оказалось, что при применении лапароскопии происходило сравнительно быстрое восстановление функциональной активности кишечника, что зарегистрировано при оценке клинических проявлений, а также различных тестов и УЗИ-признаков ($p < 0,05$). Отмечены существенно меньшие нарушения гомеостаза у пациентов, перенесших лапароскопический адгезиоэнтеролизис. Так, в самые ранние сроки после хирургического вмешательства явления оксидативного стресса в первой группе были выражены значительно (на 17,3-26,2 %) меньше, чем в группе контроля. Явления воспалительной реакции, оцененные в том числе по ЛИИ, проявлялись существенно меньше и купировались быстрее. Выводы. Лапароскопический адгезиоэнтеролизис является весьма перспективным методом в лечении илеуса спаечного происхождения. Это обусловлено сравнительно быстрым восстановлением ЖКТ, уменьшением явлений энтерального дистресс-синдрома, что во многом определяло снижение осложнений и уменьшением общего нахождения больных в клинике. В целом круг показаний к щадящим операциям расширяется, противопоказаний – сокращается.

37. Концепция эндоскопического лечения больных с аспирационным синдромом

Сигуа Б.В., Белова Т.Е., Сингаевский А.Б.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

Актуальность. Аспирация инородного тела, аспирационный пневмонит и аспирационная пневмония – основные причины аспирационного синдрома. В настоящее время не существует единой концепции лечения данного синдрома. Существующие методы лечения зачастую недостаточно эффективны, что обуславливает необходимость поиска новых подходов, в частности, развития концепции эндоскопического лечения. Материал и методы. Мы осуществили анализ более 200 источников литературы, а также анализ клинического и лабораторно-инструментального массива данных 102 пациентов, госпитализированных в СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» в период с 2020 по 2023 годы, с диагнозом аспирационный синдром. Результаты и осуждение. Стандартный эндоскопический подход к лечению пациентов с аспирацией инородного тела предполагает экстренное выполнение бронхоскопии с целью удаления инородного тела. В случае неудачи следующим этапом является хирургическое лечение. По разным данным, потребность в хирургическом лечении при аспирационном синдроме варьируется от 1,6 до 18%. Стандартный эндоскопический подход к лечению пациентов с аспирационным пневмонитом предполагает экстренное выполнение бронхоскопии с целью санации трахеобронхиального дерева. В случае необходимости проведения продолжительной контролируемой искусственной вентиляции легких и при наличии выраженной обтурации трахеобронхиального дерева мокротой – может выполняться трахеостомия с последующей бронхоскопией 2-3 раза в неделю. Эндоскопическая тактика лечения пациентов с аспирационным синдромом должна зависеть от степени тяжести аспирационного синдрома. В связи с этим нами была выдвинута концепция совместного использования следующих оценочных критериев: баллов по шкале Глазго, степени дыхательной недостаточности, рентгенологических и эндоскопических данных. Оригинальность концепции была подтверждена патентом 2024618989 РФ (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ Шкала оценки тяжести аспирационного синдрома/Сигуа Б.В., Белова Т.Е., Бурлаченко Е.П., Оспищева Е.А., Земляной В.П. заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ. - № 2024617349; заявл. 09.04.2024). Концепция эндоскопического лечения больных в зависимости от степени тяжести аспирационного синдрома: 0 (Легкая) степень тяжести: Аспирация инородного тела – удаление инородного тела. Аспирационный пневмонит и/или пневмония – в течение 1-2 часов после аспирации крови, желчи, содержимого желудка, орофарингеаль-

ного секрета (в объеме не более 20-40 мл) проводится санация трахеобронхиального дерева. 1 (Средняя) степень тяжести: Аспирация инородного тела – удаление инородного тела, устранение грануляционного стеноза, бронхоальвеолярный лаваж. Аспирационный пневмонит – санация трахеобронхиального дерева, бронхоальвеолярный лаваж. Аспирационная пневмония – как инструмент дифференциальной диагностики. 2 (Тяжелая) степень тяжести: Аспирация инородного тела – удаление инородного тела, хирургическое лечение осложнений. Аспирационный пневмонит и/или аспирационная пневмония – санация трахеобронхиального дерева, бронхоальвеолярный лаваж, «защищенная» браш-биопсия (при наличии показаний). Затем очищение дыхательных путей мягким всасывающим катетером ежедневно. Санация трахеобронхиального дерева 2-3 раза в неделю. Хирургическое лечение осложнений. Трахеостомия. 3 (Крайне тяжелая) степень тяжести: Аспирация инородного тела – коникотомия/ трахеотомия. Удаление инородного тела. Аспирационный пневмонит и/или аспирационная пневмония – по схеме лечения аспирационного синдрома 2 (тяжелой) степени тяжести. Выводы. Эндоскопические методы, позволяющие проводить как диагностику, так и малоинвазивное лечение пациентов с аспирационным синдромом, представляют собой перспективное направление и требуют дальнейшего изучения. Необходим дифференцированный подход к лечению пациентов с аспирационным синдромом в зависимости от особенностей рентгенологической и эндоскопической картины, с учетом анамнеза конкретного пациента.

38. Опыт лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости у беременных

Глебов В.Ю., Магомедов А.Р., Веккер И.Р.,
Залозков А.В., Суцевич Д.С.

Оренбург

ГАУЗ ООКБ №2

Введение. Одной из наиболее серьезных междисциплинарных проблем в медицине в настоящее время является острая патология у беременных, а именно острый аппендицит, осложнения желчнокаменной болезни (острый холецистит и холедохолитиаз), основным методом лечения которой является хирургический. Эти состояния представляют собой значительный риск как для матери, так и для плода, требуя внимательного и быстро реагирующего подхода со стороны врачей разных специальностей. Современные исследования подчеркивают важность ранней диагностики и своевременного хирургического вмешательства, что может существенно снизить уровень материнской и перинатальной смертно-

сти. Применение minimally invasive techniques, таких как лапароскопия, способствует улучшению клинических исходов, минимизируя травму и сокращая время восстановления. Однако наличие уникальных физиологических изменений во время беременности усложняет стандартные хирургические подходы и требует специфического знания анатомии и физиологии беременной женщины. Междисциплинарный подход, вовлекающий хирургов, акушеров и анестезиологов, является ключом к успешному лечению острых хирургических состояний у беременных, гарантируя баланс между необходимостью оперативного вмешательства и заботой о здоровье матери и ребенка. Цель данного исследования заключается в клинической оценке результатов оперативных вмешательств в стационаре круглосуточного пребывания у беременных женщин. В настоящее время очень важно понимать, как оперативные вмешательства влияют на здоровье как матери, так и плода. Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения у 15 пациенток на средних и поздних сроках беременности по поводу экстренной хирургической патологии за период с 2021 по 2024 год в стационарных условиях ГАУЗ ООКБ №2 г. Оренбурга. Диагностический алгоритм заключался в сборе анамнеза, клинических симптомов, лабораторных данных (общий анализ крови, биохимический анализ крови; общий анализ мочи, диастаза мочи; коагулограмма, бактериологические посевы крови, мочи, содержимого полостей), осмотра акушера-гинеколога и инструментальных исследований (УЗИ брюшной полости и малого таза, которое выполнялось всем пациенткам, с целью определения наличия и количества свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу, состояние петель кишечника, толщину стенки, непосредственно осмотр червеобразного отростка (диаметр, толщина стенок) или гепатопанкреато-билиарной зоны при необходимости, а также состояние матки, ее тонус, подвижность плода, предлежание плаценты, состояние яичников, маточных труб; КТ с внутривенным или пероральным контрастированием; МРТ брюшной полости). Результаты и обсуждение. Вопрос проведения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у беременных женщин продолжает вызывать обсуждения среди хирургов и акушеров. Несмотря на определенным риском, связанные с оперативным вмешательством во время беременности, в медицинской практике отмечается, что ЛХЭ может значительно снизить уровень осложнений, как для матери, так и для плода. В нашем случае, проведенные операции были строго необходимы в связи с развитием острого холецистита, требующего немедленного вмешательства. Нами было выполнено 7 ЛХЭ: 4 пациентки на сроке беременности 12-16 недель, 2- на сроке 33-34 недели, 1- на сроке 35 недель. При остром аппендиците было выполнено 4 лапароскопических аппендэктомий: у 2 пациенток на сроке беременности 12 недель, у 2 - на сроке 15 недель. По морфологическим формам острого аппендицита больные распределились следующим образом: у 1 - катаральная, у 2 - флегмонозная, у 1 - гангренозная. Во всех случаях лапароскопические аппендэктомии проводились с учё-

том особенностей беременности и повышенных рисков, связанных с анестезией и хирургическим вмешательством. Перед операцией пациентки прошли тщательное обследование, включающее ультразвуковую диагностику, что позволило подробно оценить состояние плода и исключить возможные осложнения. Кисты поджелудочной железы — одна из наиболее распространенных патологий органов панкреатобилиарной зоны. У 2 пациенток на сроке беременности 15-17 недель с кистами поджелудочной железы было выполнено внутреннее дренирование кисты под контролем лапароскопа. В случае двух пациенток, поступивших на лечение, у них были выявлены кисты среднего размера в области поджелудочной железы без признаков осложнений. После комплексного обследования и консультаций с мультидисциплинарной командой было принято решение о необходимости дренирования кисты. Лапароскопия позволила минимизировать хирургическое вмешательство, обеспечив при этом высокий уровень безопасности для плода. Процедура была проведена успешно, без противопоказаний для дальнейшего продолжения беременности. В результате дренирования не только улучшилось состояние пациенток, но и снизился риск возможных осложнений, что подтвердило целесообразность выбора метода. Регулярное наблюдение за состоянием женщины и плода остаются важным аспектом после операции, чтобы своевременно выявлять и устранять любые возникающие проблемы. После лапароскопических вмешательств осложнений как хирургических, так и перинатальных не было. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью. Этот положительный результат свидетельствует о высоком уровне квалификации хирургической, акушерской команды, которые слаженно работали в операционных, и правильном выборе методики манипуляций. Лапароскопические операции, благодаря своей минимально инвазивной природе, позволяют существенно сократить время восстановления, что особенно важно для женщин в репродуктивном возрасте, планирующих беременность. На каждом этапе наблюдения за пациентками отмечались их стабильное состояние и отсутствие признаков осложнений, что подтверждает безопасность проведенных вмешательств. Важным аспектом является также психологический комфорт женщин, который является неотъемлемой частью успешного исхода лечения. Постоянный мониторинг состояния ребёнка и матери во время операции и индивидуализированный подход к каждой пациентке позволили оперативно реагировать на любые изменения, что дополнительно способствует поддержанию позитивного прогноза. Таким образом, результаты данного исследования подчеркивают эффективность лапароскопических методов как надёжный выбор в случаях, требующих хирургического вмешательства, с последующим успешным течением беременности. Выводы. Лапароскопия в данном случае является наиболее оптимальным методом диагностики и лечения - прежде всего, малоинвазивным, направленным на уменьшение хирургических и связанных с ними перинатальных осложнений, способ-

ствующим пролонгированию беременности, и снижающим показатели материнской и перинатальной смертности. Лапароскопия позволяет своевременно верифицировать хирургическую патологию, избежать диагностических ошибок, и в большинстве случаев выполнить операцию малоинвазивно. Лапароскопический доступ при острой хирургической патологии во время беременности следует считать безопасным и эффективным, безусловно имеет преимущества по сравнению с традиционными оперативными доступами у данной категории больных, особенно в I и II триместрах беременности. Плюсы - меньший койко-день, более ранняя активизация, отсутствие осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода. Применение эндоскопических технологий в III триместре беременности крайне затруднительно, но выполнение видеолaparоскопии позволяет локализовать процесс и, при необходимости, выполнить оперативное вмешательство. Современные возможности лапароскопии обеспечивают высокую визуализацию и точность манипуляций, что критично в условиях ограниченного пространства. Совместная слаженная работа специалистов: хирургов, гинекологов, анестезиологов, необходимые знания анатомо-физиологических особенностей, связанных с беременностью и навыков позволяет безопасно и эффективно применять лапароскопические технологии в хирургии. Важно, чтобы лечение беременных женщин с хирургической патологией проводилось в специализированных медицинских учреждениях с возможностью взаимодействия акушеров и хирургов для обеспечения наилучших результатов как для матери, так и для ребенка.

**39. Сравнительный анализ раннего
послеоперационного болевого синдрома
при лечении паховых грыж методами
трансабдоминальной преперитонеальной
пластики и открытой ненатяжной пластики
сетчатым имплантом**

*Григорьев А.Г., Глебов В.Ю.,
Магомедов А.Р., Суцевич Д.С.,
Залощков А.В., Меренцов А.А.*

Оренбург

ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая
больница №2»

Оперативное лечение паховой грыжи является актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Грыжи брюшной стенки наблюдаются у 4-5% населения, при этом грыжи паховой локализации встречаются не менее чем у 70% от общего числа грыженосителей. В настоящее время основным методом оперативного вмешательства при паховой грыже является открытая ненатяжная пла-

стика по методике Лихтенштейна, а также выполнение лапароскопической герниопластики (TAPP или трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика). Обе методики выполняются с использованием сетчатого протезирования и отсутствием натяжения тканей. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде является важным критерием выписки больного из круглосуточного стационара наряду с отсутствием послеоперационных осложнений. Цель. Провести сравнительный анализ выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у больных после лапароскопической и открытой герниопластики. Материалы и методы. В рамках данного исследования были проанализированы результаты лечения пациентов двух групп. Первой - после операции Лихтенштейна и второй - после лапароскопической герниопластики в условиях хирургического отделения ГАУЗ «ОКБ №2» за 2024 год. Болевой синдром оценивался с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), где отсутствие боли - 0 баллов; отсутствие боли в покое, незначительная боль при физической активности - 1-3 балла; умеренный болевой синдром в покое, усиливающийся при физической нагрузке - 4-7 балла; стойкий болевой синдром в покое и незначительной физической нагрузке - 8-10 баллов. Оценка осуществлялась в 1ые и 2ые сутки после операции, а также в момент выписки из круглосуточного стационара. Результаты и обсуждения. С января по сентябрь 2024 года в условиях хирургического отделения ГАУЗ «ОКБ №2» выполнено 131 оперативных вмешательств по поводу лечения паховой грыжи. Из них 99 операций были выполнены открытой ненатяжной пластикой по методике Лихтенштейна (75.5%) и 32 случая - трансабдоминальной преперитонеальной герниопластикой (24.5%), что в процентном соотношении сопоставимо с общероссийскими данными главного хирурга РФ, академика РАН А. Ш. Ревисвили за 2020 год. Лапароскопическая герниопластика выполнялась молодому населению (средний возраст 35 ± 7 лет) без сопутствующей патологии, пациентам с двусторонним паховым грыженосительством (5 случаев) и рецидивом после открытой пластики (2 случая). В то время, как открытая герниопластика по Лихтенштейну выполнялась более возрастному населению (средний возраст 52 ± 8 лет), в том числе пациентам с относительными и абсолютными противопоказаниями к наложению карбоксипневмоперитонеума и проведению комбинированного эндотрахеального наркоза. Также предпочтение к открытой герниопластике отдавалось пациентам с пахово-мошоночным распространением грыжи. Послеоперационные осложнения возникли в 10 случаях (7,6%) после открытой герниопластики. Отмечается отсутствие осложнений в виде нагноения послеоперационной раны и формирования сером у пациентов после лапароскопической герниопластики. Рецидивов паховой грыжи при открытой пластике не наблюдалось, при выполнении трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики ранний рецидив у 1 пациента (3,1%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре при выполнении лапароскопической герниопластики составил 2 ± 1 койко-день, при открытой - 4 ± 2 койко-дня.

При оценке болевого синдрома в первые сутки после операции большинство пациентов, как после открытой, так и после лапароскопической, отмечало умеренный болевой синдром в покое, усиливающийся при физической нагрузке (ВАШ 4-7 балла). Стойкий болевой синдром (ВАШ 8-10) после открытой герниопластики на первые и вторые сутки наблюдался в 14 случаях (14,1%), что в свою очередь увеличило среднюю продолжительность нахождения в стационаре. В двух случаях после лапароскопической герниопластики в первые сутки отмечен выраженный болевой синдром (ВАШ 10), который был купирован после удаления страховой дренажной трубки из брюшной полости. На вторые сутки после проведения лапароскопической герниопластики проводилось удаление дренажной трубки и в большинстве случаев (87%), пациенты выписывались на амбулаторно наблюдение с отсутствием боли в покое и незначительным болевым синдромом при физической нагрузке (ВАШ 1-3 балла). В трех случаях трансабдоминальной пластики (13%) на вторые сутки сохранялся умеренный болевой синдром в покое (ВАШ 4-7 балла), купированный на следующие сутки в двух случаях. Так в одном случае привел к длительному болевому синдрому (ВАШ 4-7) в течение 2 месяцев после операции, и вероятнее всего, вследствие близости фиксирующей спирали к нерву. При открытой герниопластике по Лихтенштейну на вторые и третьи сутки после операции в большинстве случаев (80%) сохранялся умеренный болевой синдром. В 10% от открытых паховых герниопластик на вторые третьи сутки у больных наблюдался стойкий болевой синдром в покое и незначительной физической нагрузке (ВАШ 8-10 балла) и в большинстве был вызван возникновением осложнений. После купирования осложнений отмечалось стихание боли. В 90% случаях выполнения операции Лихтенштейна пациенты выписывались на четвертые сутки с умеренным болевым синдромом в покое, усиливающимся при физической нагрузке (ВАШ 4-7 балла) - 55 больных (61%), а также 35 больных с отсутствием боли в покое и незначительной болью при физической активности. Заключение. При оценке выраженности болевого синдрома у пациентов, перенесших оперативное лечение паховой грыжи, в раннем послеоперационном периоде, отмечается значительное преимущество трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики, что сопоставимо с обзором зарубежных и отечественных публикаций. Быстрое купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде приводит к ранней активизации больного и выписке пациента на амбулаторное лечение, что, в свою очередь, снижает финансовую нагрузку на стационарную службу.

**40. Опыт применения невазкулярной
интервенционной радиологии и ультразвукового
контроля при раздельном наружном
дренировании внутрипеченочных желчных
протоков у пациента с метастатическим
поражением печени на уровне конfluence
долевых протоков, осложненным мех**

*Глебов В.Ю., Магомедов А.Р., Залашков А.В.,
Сушевич Д.С.*

Оренбург

ГАУЗ «Оренбургская областная
клиническая больница №2»

Введение. Одним из основных направлений развития абдоминальной хирургии является внедрение малоинвазивных методик, включающих видеоэндоскопические методы, гибкую внутрисветную эндоскопию и невазкулярную интервенционную радиологию или чрезкожные пункционно-дренирующие вмешательства. В настоящее время трудно представить необходимость выполнения лапаротомии при дренировании желчного пузыря или абсцессов брюшной полости, а также декомпрессии желчных протоков при механической желтухе при невозможности проведения эндоскопических манипуляций. Цель. Оценка эффективности применения чрезкожного раздельного пункционного дренирования внутрипеченочных желчных протоков при метастатическом поражении печени на уровне конfluence долевых протоков на фоне рака тела поджелудочной железы и возникновении клиники механической желтухи в конкретном клиническом случае пациента, находившегося на стационарном лечении в ГАУЗ «ООКБ №2» г. Оренбурга. Материалы и методы. В рамках исследования проведен анализ лечения пациентки с раком тела поджелудочной железы, метастатическим поражением печени, осложненным механической желтухой. Пациентке выполнено оперативное вмешательство в объеме чрезкожного чрезпеченочного раздельного дренирования долевых протоков под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Проведена оценка результатов лечения. Результаты и обсуждения. Пациентка М., 45 лет, прошла обследование в онкологическом центре с подозрением на заболевание тела поджелудочной железы. В ходе подготовки к проведению морфологической верификации у больной возникла клиника механической желтухи, в связи с чем она была направлена в хирургическое отделение ГАУЗ «ООКБ №2» для её разрешения. При поступлении в хирургический стационар состояние больной ближе к тяжелому за счет явлений печеночной недостаточности, раковой интоксикации. При выполнении ультразвукового исследования - признаки образования в проекции тела поджелудочной железы, метастатического поражения печени, расширения внутрипеченочных желчных протоков до 14 мм в левой доле и до 10 мм в правой доле. Признаков билиарной гипертензии желчного пузыря и общего желчного про-

тока не определялось. В биохимическом анализе крови гипербилирубинемия (278 ммоль/л) в большей степени за счет прямой фракции (172 ммоль/л). Также в анализах отмечалась гипокоагуляция. Явлений холангита не наблюдалось. После проведения дезинтоксикационной, гепатопротекторной терапии, коррекции коагулопатии и сохраняющейся внутрипеченочной билиарной гипертензии, больной выполнено оперативное вмешательство. В асептических условиях под местной анестезией раствора новокаина 0,5% 40мл в девятом межреберье справа по передней подмышечной линии под УЗ-контролем иглой Chiba 18G выполнена чрезкожная чрезпеченочная пункция правого сегментарного протока. Получена темная застойная желчь. При введении контрастного вещества и рентгенологическом контроле - туго заполнен расширенный правый долевой проток, блок в проекции конfluence с левым печеночным протоком. При проведении проводника с гидрофильным покрытием пройти в дистальные отделы желчных путей не представилось возможным. Решено выполнить раздельное дренирование правой и левой доли печени. Через пункционную иглу в правый долевой проток введен мягкий проводник диаметром 0,035 inch с J-образным кончиком. По методике Сельдингера после бужирования пункционного канала по проводнику установлен дренаж по типу «pig-tail» 10Fr в правый долевой проток до уровня блока. В эпигастриальной области произведена чрезкожная чрезпеченочная пункция левого сегментарного протока. Получена темная застойная желчь. При введении контрастного вещества туго заполнен расширенный левый долевой проток, блок в проекции конfluence с правым печеночным протоком. Через пункционную иглу в левый долевой проток введен мягкий проводник диаметром 0,035 inch с J-образным кончиком. По методике Сельдингера установлен дренаж по типу «pig-tail» 10Fr в левый долевой проток до уровня блока. При рентгенологическом контроле через дренажи контрастированы протоки правой и левой доли, блок в проекции слияния долевых протоков, подтекания контрастного вещества нет. При ультразвуковом контроле свободной жидкости в брюшной полости нет. Фиксация дренажей. Манипуляция завершена. Больная доставлена в палату хирургического отделения, вмешательство перенесла удовлетворительно, в дополнительной анестезии не нуждалась. В послеоперационном периоде продолжена дезинтоксикационная, гепатопротекторная терапия. Суточный объем желчи по дренажам составлял до 1000 мл. На фоне лечения уровень общего билирубина снизился до 82 ммоль/л и, вероятнее, сохраняющийся высокий уровень билирубина был представлен паренхиматозным фактором на фоне метастатического поражения. Больная выписана из хирургического отделения в относительно удовлетворительном состоянии для дальнейшего прохождения лечения в онкологическом диспансере. Заключение. При анализе клинического случая отмечена эффективность купирования клиники механической желтухи с применением малоинвазивной методики у больной с диссеминацией опухолевого процесса, явлениями печеночной недостаточности и раковой

интоксикацией. Койко-день, проведенный на стационарном лечении, составил 3 дня, дооперационный – 1 койко-день. Больная выписана с улучшением состояния для получения специфического лечения в профильное ЛПУ.

41. Оценка результатов лечения холедохолитиаза и факторов риска развития резидуального холедохолитиаза

Гвоздева А.В., Мохамед Ф.М., Саяед А.Ж.,
Самгина Т.А.

Курск

КГМУ

Опасность холедохолитиаза обусловлена его осложнениями – холангит, билиарный сепсис, панкреатит. Лечебная тактика сводится к его устранению. Предметом дискуссий является выбор одноэтапного или двухэтапного способов литоэкстракции, а также лапароскопического или эндоскопического доступов. Оценка эффективности того или иного способа проводится на основании анализа результатов его применения – продолжительности операции, длительности стационарного лечения, частоты развития осложнений и резидуального холедохолитиаза. Особенно актуальными является поиск факторов риска резидуального холедохолитиаза и прогнозирование его развития. Целью исследования было изучить результаты хирургического лечения холедохолитиаза. Материалы и методы исследования. Мы проанализировали результаты лечения 58 больных женского пола с холедохолитиазом, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях больниц – клинических баз кафедры хирургических болезней №2 КГМУ, которым в период с 2015 по 2019 была выполнена ЛХЭ и ЭПСТ на антеградно проведенном в устье БСДК катетере. С целью контроля эффективности литоэкстракции была выполнена интраоперационная холангиография и исключена вероятность наличия забытых камней. В процессе предоперационного обследования было выявлено, что у 25 (43,1%) больных диагностирован острый (флегмонозный - 19, гангренозный - 6) и у 33 (56,9%) хронический холецистит. У 8 больных (13,8%) имела место стриктура холедоха, у 6 (10,3%) – интрадивертикулярное расположение БСДК, у 5 (8,6%) – точечное устье БСДК. Средний возраст больных 68±8,7 лет. Средняя продолжительность операции составила 48±5,3 минуты, длительность стационарного лечения – 7,5±3,2 дня. После выписки пациенты направлялись к гастроэнтерологу для лечения и диспансерного наблюдения. Результаты исследования. Из 58 больных за период наблюдения 5 лет с резидуальным холедохолитиазом обратилось 7 больных (12,1%). Мы проанализировали факторы риска развития резидуального холедохолитиаза и установили, что у 2 больных (3,4%) имела

место стриктура ОЖП, у 4 (6,9%) – интрадивертикулярное расположение БСДК, у 1 (1,7%) – точечное устье БСДК, которые были диагностированы при первичном обращении. Также эти пациенты после проведенного хирургического лечения не наблюдались у гастроэнтеролога, и консервативное лечение им не проводилось. Статистическая обработка данных показала, что факторами риска в нашей выборке были стриктура ОЖП ($p=0,03$) и отказ от медикаментозного лечения у гастроэнтеролога ($p=0,001$). Обсуждение. Рецидивирующий холедохолитиаз возникает с частотой от 4% до 24%, как правило, в течение первых 5-6 лет после операции. Непосредственной причиной его развития является застой желчи. Стриктуры желчного протока, стеноз БСДК, периаппендикулярный дивертикул, рефлюкс дуоденального содержимого в желчный проток, паразиты значительно повышают риск развития резидуального холедохолитиаза. Многочисленные исследования доказали участие воспалительных явлений в образовании камней. Малоновый диальдегид, продукт окислительного стресса, чрезвычайно цитотоксичен и вызывает повреждение клеточных мембран и внутриклеточных макромолекул. Кроме того, гиперплазия эндокринных клеток может быть связана с длительным воспалением – гормоны, которые они продуцируют, воздействуют на физиологию (подвижность и секрецию) и патологию (воспаление и фиброз) желчного тракта. Что требует медикаментозной коррекции и наблюдения. Выводы. Применение интраоперационной холангиографии гарантирует отсутствие забытых камней. Позволяет выявить факторы риска развития резидуального холедохолитиаза. Лечение и диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога приводит к нормализации оттока желчи и ее биохимических свойств, способствует снижению частоты развития резидуального холедохолитиаза. Рекомендации. После удаления конкрементов из общего желчного протока провести контроль эффективности литоэкстракции. После хирургического лечения желчно-каменной болезни и холедохолитиаза с целью снижения риска развития резидуального холедохолитиаза больным рекомендуется консервативное лечение и диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

**42. Оптимизация реконструкции
при лапароскопической дистальной резекции
желудка: ретроспективный сравнительный
анализ ранних послеоперационных результатов
Бильрот-I и Roux-en-Y за двухлетний период**

*Поморцев Б.А. (1,2), Далгатова К.Д. (1,2),
Синякин С.Ю. (1), Базиян Ю.К. (1),
Лебедев И.С. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2),
Сажин А.В. (1,2)*

Москва

1 – ММКЦ «Коммунарка»;
2 – РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность Рак желудка занимает пятое место по распространённости среди злокачественных опухолей и остаётся одной из ведущих причин смертности в мире. Лапароскопическая дистальная резекция желудка стала стандартом лечения пациентов с ранними и местно-распространёнными формами заболевания. Однако выбор метода реконструкции после операции оказывает влияние на частоту осложнений, качество жизни и онкологическую радикальность. Наиболее распространёнными способами реконструкции являются Бильрот-I и Ру. Бильрот-I отличается физиологичностью и меньшей травматичностью, но может ограничивать радикальность лимфодиссекции. Ру-реконструкция снижает вероятность рефлюкс-эзофагита, но является более технически сложной. Данные о сравнении этих методов в российской практике остаются ограниченными, что подчёркивает актуальность исследования. Материалы и методы Проведён ретроспективный анализ пациентов, перенёвших лапароскопическую дистальную резекцию желудка в ММКЦ «Коммунарка» в период с сентября 2022 по декабрь 2024 года. Исследование включало 246 пациентов: 68 с реконструкцией по Бильрот-I и 178 с Ру-реконструкцией. Критерии включения: возраст ≥ 18 лет, гистологически подтверждённый рак желудка (I-II стадия по TNM 8-го издания), ECOG 0-2, ASA I-III, отсутствие противопоказаний к радикальному хирургическому лечению. Основные показатели оценки: длительность операции, интраоперационная кровопотеря, частота послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo), длительность госпитализации, онкологическая радикальность (R0-резекция, число удалённых лимфоузлов). Статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 , t-критерия Стьюдента и точного теста Фишера ($P < 0,05$ считалось статистически значимым). Результаты Метод Бильрот-I показал более короткую длительность операции (216 ± 10 минут против $264 \pm 9,2$ минут; $P < 0,05$) и меньший объём кровопотери ($36 \pm 5,3$ мл против 77 ± 11 мл; $P < 0,05$). Общая частота осложнений была ниже при Бильрот-I (2,9% против 10,3%; $P < 0,05$), в том числе «большие» осложнения (Clavien III-V) (1,5% против 5,7%; $P < 0,05$). Продолжительность госпитализации в группе Бильрот-I также оказалась короче ($6,8 \pm 0,41$ дней против $8,8 \pm 0,88$ дней; $P < 0,05$). Патоморфологические характеристики (pT/ypT, pN, R0-резекция) между группами

значимо не различались ($P > 0,05$), подтверждая онкологическую эквивалентность методик. Выводы Лапароскопическая дистальная резекция желудка с реконструкцией по Бильрот-I является эффективной и безопасной альтернативой Ру-реконструкции. Метод Бильрот-I демонстрирует более короткую длительность операции, меньшую кровопотерю и низкую частоту осложнений, сохраняя онкологическую радикальность. Эти результаты подтверждают целесообразность использования реконструкции по Бильрот-I у пациентов с I-II стадией рака желудка. Для окончательной оценки долгосрочных исходов необходимы дальнейшие рандомизированные исследования.

**43. Техника и технологии формирования
анастомозов - детерминанта хирургии рака
пищевода**

*Аллахвердян А.С., Анипченко А.Н.,
Аллахвердян Н.Н.*

Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России

Цель - изучение проблем, возникающих при внедрении методик пищеводно-желудочных анастомозов торако-скопическим доступом при операциях по поводу рака грудного отдела пищевода. Материалы и методы. Изучены непосредственные результаты хирургического лечения лапароскопическим в сочетании с торако-скопическим доступами больных раком пищевода. Всем пациентам выполнялась субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудка. В 1-й группе – 69 пациентов, которым на торако-скопическом этапе формировался неаппаратный пищеводно-желудочный анастомоз. Во второй группе – 46 пациентов, которым на торако-скопическом этапе формировался аппаратный пищеводно-желудочный анастомоз. Результаты. В первой группе больных операции выполнялись одним хирургом. Во второй группе – тремя хирургами. Соответственно осложнения в первой группе отмечены у 8,7% (6/69), во второй группе у 6,5% (3/46). Обсуждение. Факторы, влияющие на непосредственные результаты и широкое внедрение данной методики в клиническую практику: сложность формирования желудочного трансплантата адекватной длины лапароскопически; технические сложности неаппаратного анастомоза при его формировании торако-скопическим доступом; необходимость разработки, отличной от общепринятой в «открытой» хирургии, методики формирования неаппаратного анастомоза с не меньшими характеристиками безопасности; повышение уровня воспроизводимости методики при формировании аппаратного анастомоза с высоким профилем безопасности.

44. Перспектива внедрения слингового хирургического способа лечения ГПОД и ГЭРБ

*Баулин В.А. (1), Гуляев А.А. (1,2,3), Баулин А.А. (1),
Аверьянова Л.А. (1,4), Баулина О.А. (1)*

Пенза, Москва

Кафедра хирургии и эндоскопии
им. проф. Н.А. Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО МЗ РФ(1),
отдел неотложной хирургии, эндоскопии
и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»(2),
РМАНПО МЗ РФ(3),
ГБУЗ ГКБ им. Г.А. Захарьина(4)

Введение. Эндохирургия своей малой травматичностью значительно увеличила количество операций при ГПОД и ГЭРБ во всех странах. достаточно сказать, что только в США их ежегодное число достигало 50 тысяч. Основная методика превалирует – Ниссена и несколько модификаций, развивающих его идею создания антирефлюксного механизма. Поэтому разные школы называют разные «золотые стандарты». Однако, большое количество оперированных породило поток недовольных больных, что приводит к некоторому отрезвлению и переоценке результатов, даже с привлечением и пациентов. Отсюда и возникают новые предложения в разных странах и разными специалистами: внутрипросветные методики, Бикорн, перемещение сетки над диафрагмой, прикрепление пластикового шара в области пищеводножелудочного перехода, восстановление угла Гиса за счёт простой фиксации кардии к пищеводу и др. Материалы и методы. Совершенно случайно мы в безысходной ситуации применили слинговую методику, навеянную частицами предыдущих, которая восстанавливает угол Гиса, а главное – восстанавливает складку Губарева и запирающую способность кардии, то есть ликвидирует недостаточность кардии (НК). Самое главное, в методике, которая закреплена патентом РФ, восстановление угла происходит по совершенно оригинальному принципу. Не простой фиксацией кардии к пищеводу, которая многими признана неэффективной, а фиксацией слингом пищеводножелудочного перехода ниже пищеводного отверстия, то есть в естественном положении с перегибом этой зоны, за счёт чего и воссоздаётся складка Губарева и ликвидируется НК. Собственные результаты. Более 50-летняя сравнительная практика статистически достоверно показала, что мы ушли от таких послеоперационных исходов операции Ниссена как выраженная дисфагия, возобновление забросов, диарея, гастропарез и гастростаз, мучительные боли, пилороспазм, чувство вздутия и др. При грыжах 1 и 2 степени не наблюдали рецидивов, а при 3 и 4 степени у 80% грыжа видна, но только у 3 пациентов это сопровождалось болевым синдромом без рецидива рефлюксной болезни. Им потребовалась повторная лапароскопическая операция в простом исполнении в виде передней крурорафии. Специфическое для этого типа

операции осложнение – миграция инородного тела в просвет органа в сроки более 3 месяцев. При применении полипропилена (первый этап – 154 оперированных) оно возникало у 7,8%, при применении ксеноперикарда – 4,8% (второй этап – 254), на третьем этапе (22 больных при сроке от 0,5 до 1,5 года) при использовании собственного сухожилия пока данное осложнение не наблюдается. С данным осложнением мы успешно справлялись удалением слинга, причём, болезнь не рецидивировала. Наша методика не сопровождается травматичными этапами при выделении пищеводножелудочного перехода, грыжевого мешка и ножек диафрагмы, крурорафией и созданием той или иной муфты. Результаты во всех трёх группах в целом не отличаются, кроме, как указано выше, частотой миграции. Заключение. Мы надеемся, что в итоге имеем очень перспективную легко повторяемую даже хирургами средней квалификации эффективную операцию для хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД (особенно 1 и 2 степени), что подтверждается контрольными клиническими, эндоскопическими и рентгенологическими исследованиями.

45. Внедрение эндохирургического метода в урологии в Пензенской области

*Баулина О.А. (1), Гуляев А.А. (1,2,3),
Баулин В.А. (1), Баулин А.А. (1),
Аверьянова Л.А. (1,4), Баулина Е.А. (1,4),
Баулина Н.В. (4,5)*

Пенза, Москва, Подольск

Кафедра хирургии и эндоскопии
им. проф. Н.А. Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ –
филиал РМАНПО МЗ РФ(1),
отдел неотложной хирургии, эндоскопии
и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»(2),
РМАНПО МЗ РФ(3),
ГБУЗ ГКБ им. Г.А. Захарьина(4),
МИ ПГУ(5)

Введение. Судя по публикациям по эндоскопической хирургии, урологический раздел стал бурно развиваться фактически только в этом тысячелетии. Причём следует отметить, что он больше перешёл в плоскость внутрипросветных вмешательств, которые были нереальными без современных жёстких и гибких эндоскопов и различных литотрипторов. Материалы и методы. В нашей области, как и повсеместно, урологи широко использовали цистоскопию и некоторые приёмы оперативного плана. При появлении эндохирургических стоек к внедрению видеоэндохирургии отнеслись не только скептически, даже агрессивно. Поэтому внедрение метода пошло от хирургов. В клинике и городском центре эндоскопиче-

ской хирургии метод стал использоваться с 1994г., и за первые 15 лет выполнено более 800 операций на органах мочевыделительной системы и забрюшинного пространства. ТУР внедрена в 1995г. в городе спутнике. В 1996 году выполнена первая пиелолитотомия и затем уретеролитотомия. Штатными урологами и онкологами технология подхвачена только во втором десятилетии этого века. Результаты. Большинство операций выпадало на пересечение яичковой вены слева при варикоцеле — 568, в том числе у 2 под местной анестезией. 144 больных оперированы с доброкачественными опухолями надпочечников внутрибрюшным доступом. У 72 мы удаляли камни лоханок, мочеточников, мочевого пузыря, неудачи были, если камни оказались в верхней и нижней чашках с узкими ходами или в нижней трети мочеточника. Больные, перенесшие классическую пиелолитотомию удивлялись легкости послеоперационного периода после эндохирургической. Одной больной производили ревизию мочеточника после уретеротомии через 1,5 года — места рассечения на мочеточнике не нашли. Наряду с пункционным способом у тяжелых больных, у 67 больных производилась фенестрация кист почек. При недержании мочи у женщин выполняли операцию Бёрча. У 6 больных произвели нефрэктомии, причём у 4 со злокачественным процессом. У 1 больного из-за кровотечения из центральной вены надпочечника пришлось перейти на минидоступ. Симультанно производились: холецистэктомия — 11, в том числе 1 при левосторонней фиксации, адреналэктомия, фенестрация кист печени и почки, сочетание двух урологических операций. Интраоперационные осложнения — пневмоторакс (2) — замечены сразу, ликвидирован пункцией и отсасыванием, некротические кровотечения — 2. За всё время 84 пациента оперированы с нефроптозом, осложненным субкомпенсированным гидронефрозом, болевым синдромом, гипертензией, температурой, психоэмоциональными расстройствами. 4 пациентки оперированы с двух сторон, одна оперирована дважды в связи с рецидивом после травмы. 6 пациентов оперированы после классических нефропексий, одна из них с двух сторон. Чаше нефроптоз встретился справа (54). Первые фиксации осуществлялись: капроновой петлей № 5 — 19 раз, гамаком из сетки — 4, фасцией 2, фиксацией отдельными швами — 1 и мышцей — 1. Мы пришли к выводу, что методики, основанные на сохранении, так называемой, «физиологической подвижности», заканчиваются у многих рецидивом заболевания. Это приводит, не столько к нарушению мочевого выделения, сколько к гемодинамическим расстройствам в патологически смещённой почке с развитием соматопсихогенных проявлений. Поэтому мы предложили концепцию фиксации патологически подвижной почки к 12 ребру по оригинальной методике, которая не только устанавливает её в стабильное положение, но и препятствует смещению и ротации. Проведённые операции по новой методике у 68 больных показали статистически достоверные лучшие результаты сравнительно с группой пациентов, оперированных по общепринятым методикам. В связи с открытием специализированного отделения, приобретением

видеоэндоскопа для ТУР, уретеропиелоскопов технология изменилась в этом направлении, также как приобретение литотриптора привело к сокращению не только открытых доступов, но и значительному эндохирургическим литотомиям. Заключение. Наш опыт применения эндохирургического способа в урологии подтверждает чрезвычайную важность метода.

46. Динамика альбумина в моче при лапароскопическом и ретроперитонеальном доступе в забрюшинное пространство

Лобанов Ю.С., Терешков П.П., Лобанов С.Л.,
Аксенов К.О., Лобанов Л.С.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Исследования проведены у 162 пациентов оперированных по поводу кист почек. Выделены 2 группы: 1 группа (n=79) пациенты, которым выполнялось вмешательство с использованием ретроперитонеоскопического метода (РПП), 2 группа (n=83) пациенты, которым выполнялось вмешательство с помощью лапароскопического метода (ЛС). Определяли альбумин в моче при разведении в 100 раз, перед введением в наркоз, после операции в течении часа и через 3 суток после вмешательства. При отсутствии нормального распределения использовали расчеты медианы и перцентилей первого и третьего квартилей (Me; Q1-Q3). В первой группе (РПП) уровень альбумина в моче при разведении в 100 раз (нг/мл) до операции составил: Q1 -465, Me-595, Q3 - 937; после операции, соответственно 429, 569, 965; через трое суток после операции: 590, 795, 1020. Во второй группе (ЛС) до операции: 536, 678, 835, после операции: 449, 577, 809, через трое суток, соответственно: 590, 795, 1020. Полученные данные обработаны с помощью метода Манна-Уитни, и использованием Хи-квадрата Фридмана. При мониторинге уровня Albumin в моче во 2-й группе, установлено что его концентрация в моче оставалась стабильной сразу после операции и увеличивалась на 33% (p=0,001) на третий день. Это может указывать на отсутствие выраженного влияния на почечную функцию в ранний послеоперационный период, вместе с тем, значимое увеличение через трое суток, может быть связано с воспалительной реакцией или ишемией. Во первой же группе уровень альбумина также оставался стабильным после операции. Отмечено относительно небольшое увеличение на 5% (p=0,015) через трое суток. Данный факт может указывать на менее выраженные изменения в функции почек по сравнению с группой 2. Увеличение уровня альбумина в моче может указывать на повреждение почечных канальцев и ухудшение функции почек, что может

привести к острым почечным нарушениям. Высокий уровень альбумина может быть связан с воспалительным ответом на оперативное вмешательство, что увеличивает риск прогрессирования инфекций, особенно в послеоперационном периоде. Хроническое повышение уровня альбумина может способствовать образованию фиброза и рубцовой ткани, что может негативно сказаться на функции почек и других органов.

47. Эффективность эндовидеолапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии

*Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бутаев Б.К.,
Бабышин В.В.*

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность: Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии составляют значительную часть работы хирургических отделений клиник и больниц. Результаты лечения острых заболеваний органов брюшной полости не всегда удовлетворительны, что в значительной степени определяется сложностью их диагностики. Важнейшим диагностическим методом в неотложной хирургии является эндовидеолапароскопия, которая дает возможность уточнить характер патологического процесса в брюшной полости, выполнить ряд хирургических вмешательств или избежать не нужной операции. Цель настоящей работы: провести анализ результатов эндовидеолапароскопии, выполненной в экстренном порядке. Материалы и методы: В период с 2010 по 2016 г.г. в хирургической клинике ГБУЗ ВО «ГКБ СМП» г. Владимира было выполнено 647 экстренных эндовидеолапароскопий. Показанием к ним служило отсутствие топического диагноза после проведенного неинвазивного обследования, Операции выполняли с использованием эндовидеохирургического оборудования в условиях общей анестезии. В нашем стационаре эндовидеолапароскопию выполняют исключительно врачи-хирурги, что повышает информативность оценки изменений в брюшной полости. Из общего числа пациентов, подвергнутых эндовидеолапароскопии, мужчины составили 284 человека (44%), женщины – 363 (56,1%). Возраст больных составил от 25 лет до 61 года. Результаты исследования и обсуждение: Нозологические формы, подтвержденные при эндовидеолапароскопии, распределились следующим образом: - острый аппендицит – 140 (21,6%); - острый панкреатит – 52 (8,0%); - перитонит различной этиологии – 45 (6,9%); - гинекологическая патология – 44 (6,8%). Оперированы 15 женщин (2,3%); - сосудистая болезнь кишечника в различных стадиях – 16 (2,4%); - закрытая травма живота – 46 (7,1%). Оперирован 21 пациент (3,2%); - ране-

ния живота – 24 (3,7%). Оперированы 16 пострадавших (55,2%); - деструктивный холецистит с местным перитонитом – 16 (2,4%); - отсутствие хирургических заболеваний (псевдоабдоминальный синдром) – 88 (13,6%); - иные заболевания органов брюшной полости – 12 (1,8%). В 99,8% наблюдений эндовидеолапароскопия позволила сформулировать диагноз и определить лечебную тактику. Лишь в 3-х случаях (0,4%) выраженный спаечный процесс в брюшной полости представлялся опасным для эндовидеолапароскопического адгезиолизиса и не позволил визуализировать зону интереса. В зависимости от выявленной патологии принималось решение об объеме и способе оперативного вмешательства, а также об обоснованном отказе от него. Осложнений эндовидеолапароскопии (как местных, так и общих), а также негативных последствий карбоксиперитонеума не было. Таким образом, использование эндовидеолапароскопии оказалось эффективным и надежным для верификации диагноза и сокращения времени диагностического поиска при экстренной абдоминальной патологии, а также для уменьшения сроков госпитализации больных, которым оперативное вмешательство не потребовалось.

48. Диагностическая и лечебная эндовидеолапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бутаев Б.К.

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность: Неотложные диагностические и оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии составляют значительную часть работы хирургических отделений клиник и больниц. Результаты диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости не всегда удовлетворительны, что в значительной степени определяется сложностью их диагностики. Важнейшим и наиболее достоверным диагностическим методом в экстренной абдоминальной хирургии является эндовидеолапароскопия, которая дает возможность уточнить характер патологического процесса в брюшной полости, выполнить ряд диагностических и хирургических вмешательств или избежать возможности не нужной операции. Целью исследования является улучшение диагностики и лечения острых хирургических заболеваний (ОХЗ) органов брюшной полости. Материалы и методы исследования: Нами с 2009 по 2019г.г. диагностическая и лечебная эндовидеолапароскопия при острых и/или при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости произведено 871 пациентам в возрасте больных от 20 до 68 лет. Мужчин – 367 (42,1%), женщин – 504 (57,8%), следовательно, подавляющее

большинство больных составили лица женского пола. Диагностическую эндовидеолапароскопию производили в условиях эндовидеохирургической операционной под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких, в условиях искусственного карбоксиперитонеума. Обзор и ревизию органов брюшной полости производили по часовой стрелке, после верификации диагноза определялась дальнейшая хирургическая тактика. Результаты исследования и обсуждение: Так, на диагностическом этапе - у 187 (21,4%) больных были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости, тем самым у этих больных удалось избежать напрасной лапаротомии. У остальных 684 (78,5%) больных выявлены следующие патологии требовавшие хирургической коррекции: Острый аппендицит - у 288 (42,1%), из них 252 (87,5%) больным произведена эндовидеолапароскопическая аппендэктомия, в связи с ретроцекальным, ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка и наличием периаппендикулярного рыхлого инфильтрата с признаками абсцедирования 22 (7,6%) больным произведена конверсия. Острый холецистит выявлен – у 16 (2,3%) больных, во всех случаях произведена холецистэктомия с применением миниинвазивных технологий. У 6 (0,8%) больных установлена перфоративная гастродуоденальная язва, из них у 4 пациентов выполнили ушивание перфоративной язвы с применением миниинвазивных технологий «миниассистент») с эндовидеолапароскопической ассистенцией. - у 2 (0,2%) больных в связи с наличием язвенного инфильтрата и разлитым перитонитом ушивание перфоративного отверстия произведено традиционным способом. Острая ранняя спаечная кишечная непроходимость установлена - у 4 (0,5%) пациентов, из них в 2 (50%) случаях удалось произвести эндовидеолапароскопическое рассечение штрانги с восстановлением пассажа по кишечнику. У 12 (1,7%) больных установлен острый геморрагический панкреатит. Диагноз был установлен по наличию геморрагического выпота в подпечёночной области и по правому боковому каналу, раздутию петли поперечно-ободочного кишечника. Во всех случаях произведено вскрытие сальниковой сумки, производили санацию и обкалывание круглой связки печени 0,5% раствором новокаина с антибиотиками широкого спектра действия, операцию завершали дренированием сальниковой сумки и подпеченочной области. У 8 (1,1%) пациентов установлен перекут жирового подвеса ободочной кишки, им произведено эндовидеолапароскопическая резекция жирового подвеса, - у 4 (0,5%) пациентов выявлено нарушение мезентериального кровообращения. У – 8 (1,1%) больных установлен воспалительный дивертикул Меккеля, им произведено резекция дивертикула из лапаротомного доступа. Опухоль толстого кишечника было выявлено – у 3 (0,4%) больных. У 42 (6,1%) больных выявлены различные гинекологические заболевания органов малого таза. В ближайшем послеоперационном периоде больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались на первые сутки после операции. Послеоперационных осложнений в группе больных, где

применялись эндовидеолапароскопические технологии не отмечено. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил $7,4 \pm 0,5$ дня. Таким образом, по данным нашего исследования у 684 (78,5%) больных после верификации диагноза удалось завершить операцию с применением эндовидеолапароскопических технологий, – у 30 (4,3%) больных произведено конверсия, из них – у 4 (0,5%) больных для коррекции хирургической патологии ЭВЛС методика операции сочеталась с мини лапаротомным доступом. Диагностическая эндовидеолапароскопия в ургентной абдоминальной хирургии при подозрении на ОХЗ позволяет своевременно верифицировать диагноз, оптимизировать метод хирургического лечения, избежать напрасных лапаротомий тем самым снизить риск развития различных осложнений до и в послеоперационном периоде.

49. Эндовидеохирургические вмешательства в диагностике и лечении острого аппендицита

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бутаев Б.К..

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность. Актуальность острого аппендицита обусловлено высоким уровнем заболеваемости, и соответственно, наиболее частой причиной острого живота, требующей хирургического вмешательства, большим числом различных осложнений [Борисов А.Е. и соавт., 2006; Al-Mulhim A.S. et al., 2008; Ates M. et al., 2008]. Первичный диагноз «острый аппендицит» в последующем предполагает полиморфность клинических признаков, нозологических форм заболеваний органов брюшной полости, при которых требуются различные тактические подходы к лечению [Зубарев П.Н. и соавт., 2002; Bessems M., 2007]. Летальность у пациентов пожилого и старческого возраста достигает 4,6%, превышая среднестатистическую в 10 раз [Paterson H.M. et al., 2008; Papadopoulos A.A. et al., 2008]. Причиной высоких цифр летальности остаются ошибки диагностики, составляющие в среднем 15-45% [Федоров И.В. и соавт., 2012; Baesa-Herrera C., 2003]. Основным путем снижения летальности при остром аппендиците является своевременная и точная диагностика, которая в современных условиях должна включать эндовидеолапароскопию [Тимербулатов В.М. и соавт., 2003; Чурсин В.В., 2007]. Цель: Определить эффективность эндовидеохирургических вмешательств при остром аппендиците. Материалы и методы: Для обоснования эффективности диагностической и лечебной лапароскопии мы сравнили результаты лечения больных, поступивших в хирургическую клинику ГБУЗ ВО «ГКБ СМП г. Владимира в период с 2015 по 2020 годы, которых мы разделили на две группы. В основную

группу вошли больные с предварительным диагнозом острый аппендицит оперированные эндовидеохирургическим путем. В контрольную группу вошли больные, прооперированные традиционным способом. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Результаты: В 2015-2020 годах прооперировано 1450 больных с дооперационным диагнозом — острый аппендицит, в том числе по поводу простого аппендицита — 64 (4,4 %). Из них 960 (66,2%) пациентов оперированы традиционным способом. У 64 (4,4 %) изменения в червеобразном отростке носили вторичный характер и были обусловлены другой патологией (кишечные инфекции, мезаденит, гинекологические заболевания и др). Среднее продолжительность операции составило $43,2 \pm 1,4$ мин.. Эндовидеолапароскопическая аппендэктомия (ЭЛА) проведена 166 (11,4%) пациентам. У 9 пациентов (5,4 %) диагностирован острый простой аппендицит, а у 7 (4,2 %) из них найдены другие острые заболевания брюшной полости. В 96 (57,8 %) случаях, когда предварительный диагноз острый аппендицит был сомнительным, выполнена вначале диагностическая эндовидеолапароскопия. Средняя продолжительность эндовидеолапароскопической аппендэктомии составила $40,3 \pm 0,7$ мин.. Осложнения после ЭВЛА отмечено в 3 (1,8%) случаях: инфильтрат в околопупочной области — 1, и гемосерома из места прокола в левой подвздошной области — 2. При традиционной аппендэктомии наблюдалось 12 (1,2%) различных осложнений, из них 3 (25%) нагноение послеоперационной раны, 4- инфильтрат послеоперационной раны. В 9 (5,4%) случаях пришлось перейти от ЭВЛА к традиционной аппендэктомии, в 3 случаях аппендицит был гангренозным с перфорацией у основания, в 4 случаях были сложности в выделении червеобразного отростка, в 5 случаях была необходимость в тщательной ревизии органов брюшной полости... В группе с гангренозным аппендицитом длительность операции составляла в среднем 45-65 мин, послеоперационная госпитализация длилась 3-7 дней. ЭВЛА при перфорированном аппендиците выполнялась в среднем за 80 мин и послеоперационная госпитализация продолжалась 6-7 дней. Летальных случаев не было. Заключение: Применение эндовидеолапароскопии в диагностике и лечении больных с острым аппендицитом позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений более чем в 8 раз, снизить количество «напрасных» аппендэктомий при отсутствии признаков воспаления червеобразного отростка с 6,2% до 1,9%, сократить сроки лечения в данной группе пациентов.

50. Роль эндовидеолапароскопии в диагностике нарушений мезентериального кровообращения

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бабышин В.В.,
Бутаев Б.К.

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность: Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) одно из наиболее тяжёлых по течению и сложных для ранней диагностики заболеваний, сопровождающееся высокими цифрами летальности. Отсутствие характерных для этой патологии симптомов, ограниченные возможности неинвазивных методов исследования на завершающем этапе диагностического поиска требует применения эндовидеолапароскопии (ЭВЛС). Цель исследования. Определить диагностическую ценность эндовидеолапароскопии (ЭВЛС) у больных с нарушением мезентериального кровообращения или подозрением на него. Материалы и методы. В Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Владимира с 2014 по 2024 годы ЭВЛС выполнена у 218 больных, у 11 (5,0%) с диагнозом острое нарушение мезентериального кровообращения (НМК), а у 54 (24,7%) с подозрением на него. Целью ЭВЛС было уточнение диагноза, определение распространённости процесса и лечебной тактики. Возраст пациентов был от 48 до 74 лет. У 68 больных (31,1%) имелась сопутствующая сердечно -сосудистая патология, в виде различных нарушений ритма сердца. Сроки от начала появления клинических признаков, подозрительных на ОНМК, варьировали от 4 часов до 6 суток. Тяжёлое состояние и нестабильная гемодинамика у 62 (28,4%) пациентов потребовало выполнения ЭВЛС с минимальным пневмоперитонеумом (6-10 мм. рт. ст.), что создавало трудности при проведении ревизии и интерпретации макроскопических изменений. Для ЭВЛС использовали видеостойку «Karl Storz» с набором инструментов и 10 мм 30° лапароскопом. Результаты исследования и обсуждение. Установленный клинически у 11 (5,0%) пациентов диагноз ОНМК при ЭВЛС был подтверждён. У 4 из них (36,3%) с сегментарным некрозом тонкой кишки выполнена радикальная операция — резекция тонкого кишечника. Невозможность выполнения полноценной ревизии при ЭВЛ и определения распространённости процесса у 4 больных (7,4%) потребовала диагностической лапаротомии, при которой определена возможность радикальной операции. У 12 больных (22,2%), из 54 (42,1%) с подозрением на ОНМК, при ЭВЛС диагноз подтвержден. Выявленный у 8 из них (14,8%) тотальный некроз тонкой, восходящей и поперечно-ободочной кишки признан нерезектабельным. В связи с трудностью определения при ЭВЛС протяженности имеющегося поражения кишечника и возможности выполнения радикальной операции 9 больным (16,6%) выполнена лапаротомия, в 6 случаях (11,1%) эксплоративная. У 5 пациентов (9,2%) ишемические изменения тонкой кишки вызывали сомнения в нарушении её

жизнеспособности, в связи с чем, им выполнили ЭВЛС в динамике. При контрольной ЭВЛС у 3 (60%) из них (60%) выявлено неокклюзионное ОНМК, а у 2 (40%) диагноз не подтвердился. Трудность ревизии, обусловленной спаечным процессом, и невозможность правильной интерпретации при ЭВЛС ишемических изменений кишки у 8 пациентов (14,8%) послужила поводом для диагностической лапаротомии. При лапаротомии у 5 (62,5%) из них выявлено неокклюзионное ОНМК, а в 4 случаях (50%) - мезентериальный тромбоз. У 40 больных (14,0%) при ЭВЛС данных за ОНМК не обнаружено, а была выявлена другая абдоминальная патология. Из 18 пациентов (33,3%) с подтвержденным диагнозом ОНМК умерли 4 (22,2%), из них 2 (50,0%) после открытой операции, Выздоровели 8 больных (44,4%), которым была выполнена резекция тонкой кишки. Выводы: 1) Диагностическая эндовидеолапароскопия позволяет установить нарушение мезентериального кровообращения у 42% пациентов с установленным клинически диагнозом или подозрением на него; 2) Невозможность определить при эндовидеолапароскопии протяженность поражения кишечника у 14,8% больных требует выполнения диагностической лапаротомии.

51. Становление экстренной ЭВХ службы в Санкт-Петербурге

*Стрижелецкий В.В. (1,2), Рутенбург Г.М. (1,3),
Кащенко В.А. (2,4), Султанова Ф.М. (1,2)*

Санкт-Петербург

- 1 СПб ГБУЗ «Больница св. Георгия»,
2 СПбГУ,
3 ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
4 КВТ Белоостров

До 90-х годов 20 столетия даже диагностическая лапароскопия считалась противопоказанной при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Эта ситуация во многом была обусловлена отсутствием эндовидеохирургической аппаратуры и, в меньшей степени, консервативностью мышления старших коллег. Диагностическая лапароскопия без видеосистем выполнялась спорадически в единичных клиниках силами энтузиастов. В 1989 году на базе городской больницы Карла Маркса (ныне Святого Георгия) усилиями профессора Я.П. Кулика был создан Клинический Центр Новых Медицинских Технологий, оснащенный видеосистемами, электрохирургическими установками и лапароскопическим инструментарием, в котором диагностическая лапароскопия при экстренных хирургических ситуациях стала выполняться систематически, с накоплением опыта логично трансформировалась в лечебную: были выполнены первые аппендэктомии, холецистэктомии, малые

гинекологические вмешательства. В 1994 году в Елизаветинской больнице было организовано специализированное отделение лапароскопической хирургии – первая, подведомственная комитету по здравоохранению структура, занимавшаяся круглосуточной специализированной ЭВХ помощью, прежде всего, в экстренной хирургии. Доказав свою эффективность, экстренная ЭВХ стала распространяться в другие стационары города. Так, при поддержке профессора А.Е. Борисова – главного хирурга города, аналогичное отделение было создано в другом многопрофильном стационаре экстренной помощи – Александровской больнице. Экономическая ситуация того периода вынуждала сконцентрировать немногие ЭВХ комплексы в одних руках, что ограничивало развитие технологии. Отсутствие обученного персонала, владеющего навыками лапароскопической хирургии и обслуживания аппаратуры и инструментария также не способствовали широкому внедрению ЭВХ методик в экстренную хирургию. В двухтысячных годах, на фоне общей стабилизации, комитетом по здравоохранению были приняты и реализованы ряд программ по развитию ЭВХ в городе, в частности в скорпомощных многопрофильных стационарах. Пришло понимание, что недопустимо оснащение экстренных операционных залов по остаточному принципу, что особенно актуально в стационарах, где urgentные операции стоят на потоке. Сегодня все экстренные операционные залы в таких больницах оснащены операционными ЭВХ установками с видеосистемами высокой визуализации, всеми современными видами хирургической энергии, наборами инструментов, что позволяет оказывать специализированную помощь в режиме 24/7. Внедрению ЭВХ технологий, в значительной степени, способствовала подготовка врачей курсах ПК в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с 1994, в дальнейшем аналогичный цикл был организован и в СПбМАПО (ныне СЗГМУ им. И. И. Мечникова). Таким образом, ЭВХ в экстренной хирургии из эксклюзивной переросла в повседневную повсеместную хирургическую практику. Как результат широкого использования ЭВХ в экстренной помощи сегодня в Санкт-Петербурге более 92 % аппендэктомий, 91 % экстренных холецистэктомий, 53 % первичных операций при панкреонекрозе, 36 % ушиваний перфоративных язв выполняются малоинвазивно.

**52. Комбинированное лечение
несостоятельности степлерного шва после слив-
гастрэктомии**

Кудрявцева А.В., Тен В.И., Кудрявцев Ю.А.

Южно-Сахалинск

ЧУЗ «Больница «РЖД-Медицина» города Южно-
Сахалинск»

Актуальность. Проблема ранних послеоперационных осложнений после бариатрических операций в настоящее время весьма актуальна. Связано это с ростом числа оперативных вмешательств пациентам с разными степенями ожирения. Одним из достаточно грозных осложнений является несостоятельность степлерного шва на желудке после слив-гастрэктомии, встречающейся по данным литературы в 1-3% от всех рукавных гастропластик. Выбор лечения данного осложнения напрямую зависит от времени возникновения несостоятельности, сроков выявления этого осложнения, состояния пациента на момент постановки диагноза, размеров дефекта степлерного шва желудка. В последние два десятилетия в мире стали чаще использовать разные методики миниинвазивного лечения небольших по размеру дефектов: эндоскопическое закрытие дефекта, VAC-терапия, стентирование пищеводными и кишечными стентами, применение тканевых герметиков и т.д., а также их комбинации. К сожалению, до настоящего времени, по нашим сведениям, определенная тактика ведения пациентов с данным осложнением пока не разработана. Материалы и методы. Приводим собственное клиническое наблюдение успешного применения комбинации эндоскопического стентирования культи желудка после слив-гастрэктомии и чрескожной вакуумной аспирации дренажной трубкой, уложенной вдоль степлерного шва желудка. Аналогичных случаев успешного лечения мы не нашли ни в одном из известных нам источников. Пациент Д., 30 лет, поступил 26.06.2023г. на плановое оперативное лечение с диагнозом: Морбидное ожирение (ИМТ 53.3 кг/м²). Нарушение гликемии натощак. Гипердислипидемия. Гиперурикемия, компенсация. Жировой гепатоз. Гипертриглицеридемия. Смешанный андрогенодефицит. Дефицит витамина Д. ОА первичный. Гонартроз Rg 0-1 ФН1. Хроническая дискогенная люмбалгия, частые обострения. Вертебральный синдром. ЯБ ДПК. Рубцовая деформация луковицы ДПК. 27.06.2024г. после предоперационной подготовки (профилактика ВТЭО, антибиотикопрофилактика) проведена продольная резекция желудка. При прошивании желудка плотно по зонду 36 Fr дважды произошел отказ сшивающих аппаратов (поданы претензии о дефектуре). Скрепочный шов подшит к салнику, произведено дренирование брюшной полости вдоль степлерного шва. В раннем послеоперационном периоде на 2-е сутки развилась клиника несостоятельности скрепочного шва с разлитым серозно-фибринозным перитонитом. При экстренной релапароскопии 29.06.2023г. и проведении пробы с метиленовым синим

выявлено подтекание контраста из скрепочного шва в области угла Гиса. После выделения угла Гиса, левой ножки диафрагмы по зонду произведено аппаратное ушивание места несостоятельности. При проведении пробы с метиленовым синим подтекания контрастного раствора не выявлено. Операция закончена дренированием брюшной полости в над- и подпеченочном пространствах, вдоль шва желудка и левом фланке. Через троакарную рану в правом мезогастринге установлена силиконовая дренажная трубка с 3-мя боковыми отверстиями, дистальный конец которой уложен вдоль степлерного шва от угла Гиса до с/3 культи желудка. В послеоперационном периоде в течение 3-х суток из срединного дренажа с вакуумной аспирацией подтекала выпиваемая жидкость. 02.07.2023г. по стабилизации состояния пациента при ЭГДС в с/3 культи желудка выявлен участок несостоятельности скрепочного шва до 0,3 см, установлен полностью покрытый пищеводный стент диаметром 23 мм длиной 15 см. (Ultraflex) от кардии до н/3 желудка, назоинтестинальный зонд для кормления, а к срединному дренажу подсоединена система вакуумной аспирации. 03.07.2023г. при рентгеноскопии выявлено подтекание контраста выше стента. Отделяемое по срединному дренажу уменьшилось, но сохранялось на уровне 150-200 мл. На 3-и сутки после установки стента количество отделяемого увеличилось. При ЭГДС 06.07.2023г. стент мигрировал в каудальном направлении, в области кардии над проксимальным концом стента выявлено отверстие до 0,3 см. Принято решение установить «стент в стент», от н/3 пищевода до с/3 культи желудка с перекрытием предыдущего на 5-6 см. установлен второй частично покрытый пищеводный стент 20 мм длиной 15 см. (Endoflex), вакуумная аспирация продолжена. 10.07.2023г. при контрольной ЭГДС и корректировке назоинтестинального зонда для кормления – расположение стентов удовлетворительное, дефектов в желудочной трубке не выявлено, при рентгеноскопии – подтекания контраста за пределы желудка нет. После контрольной ЭГДС 14.07.2023г. пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с назогастральным зондом и с вакуумным дренажом в формирующемся желудочно-кожном свище, по которому выделялось до 50 мл серозно-фибринозной жидкости. Через 6 недель после стентирования культи желудка в стационарных условиях произведено поэтапное эндоскопическое удаление стентов, проходившее с техническими трудностями, связанными с выраженным разрастанием грануляционной ткани сквозь частично покрытый стент. Первым этапом каждые вторые сутки в течение недели проводилась реканализация просвета стентов от грануляционной ткани с помощью аргонплазменной коагуляции и механическая мобилизация стентов от стенок желудка при помощи форцептов. 14.08.2023г. проведено эндоскопическое удаление пищеводных стентов из культи желудка. При контрольной ЭГДС через 3-е суток в с/3 культи желудка обнаружено свищевое отверстие до 4 мм в диаметре, при ревизии его выявлен слепо заканчивающийся ход в каудальном направлении до 0,5 см дли-

ной, произведена лазерная коагуляция свищевого хода и клипирование отверстия. 17.08.2023г. пациент выписан на амбулаторное лечение с вакуумным дренажом. Через 10 суток – третья госпитализация для контрольного обследования. 04.09.2023г. после контрольной ЭГДС и повторного клипирования свищевого отверстия в с/з культи желудка пациент благополучно выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с дренажной трубкой, по которой выделялось до 10-15 мл серозной жидкости. В течение следующих 2 недель после выписки поэтапно была удалена дренажная трубка с вакуум-аспирацией. Общий период лечения пациента составил 3 месяца. Результаты. В последующем проводились контрольные осмотры пациента каждые 3 месяца до года. Состояние пациента удовлетворительное, ИМТ 32,7 кг/м², жалоб не предъявляет по настоящее время, послеоперационные рубцы состоятельные без признаков перивоспаления. При ЭГДС через год после первой операции желудочная трубка не деформирована, патологии не выявлено. Выводы. Таким образом, комбинацию эндоскопического стентирования культи желудка с чрескожной вакуум-аспирацией несформированного желудочно-кожного свища можно рекомендовать в лечении несостоятельности степлерного шва, диагностированной в первые сутки после слив-гастрэктомии и при стабильном состоянии пациента. Необходимо во время реоперации учитывать возможность повторного развития осложнения и использовать для дренирования вдоль степлерного шва культи желудка дренажную трубку, неспадающуюся при вакуумной аспирации. Для получения более достоверных данных необходимы дальнейшее накопление практического опыта и анализ полученных результатов.

53. Диагностическая эффективность различных вариантов ЭУС-пункции кистозных новообразований поджелудочной железы

Солоницын Е.Г., Камалова В.Ф., Поддымова А.В.,
Сейфединова С.Ш., Сигуа Б.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»

Актуальность Термином «киста поджелудочной железы» (КПЖ) объединена разнородная морфологическая группа образований, с разным прогнозом и подходами к лечебно-диагностической тактике от наблюдения, до обширных резекционных вмешательств на поджелудочной железе. Современные исследования показывают, что визуальные критерии позволяют поставить правильный диагноз в 67-73% случаев. В настоящий момент, с ростом возможностей методов медицинской визуализации, увеличивается выявляемость кистозных новообразований

поджелудочной железы, что делает проблему их дифференциальной диагностики все более актуальной. Материалы и методы Нами было проведено одноцентровое когортное исследование эффективности различных методик тонкоигольной пункции КПЖ под ЭУС наведением. В исследование включили 109 пациентов, обследованных с 2020 по 2024 годы. Средний возраст пациентов составил 64 года (ИКД 53-72), соотношение полов 1:1,53 (м:ж). Средний размер КПЖ составил 30 мм (ИКД 21-46). В большинстве случаев выполнялась чрезигольная щипцовая биопсия через иглу 19G (N=55), однако при размере кисты менее 2,5 см применялась модифицированная методика иглой 25/22G для аспирации содержимого кисты с последующей сменой на иглу 19G с предзаведенными микрощипцами. Результаты Общая информативность ЭУС-ТАП составила 75,2%. Информативность пункции при использовании микрощипцов в стандартной и модифицированной методике была выше, при сравнении с пункции иглой 19-25G без щипцов ($p = 0,029$) и составила 83,3% и 61,9% соответственно. Нежелательные явления составили 3,6% (инфекционные осложнения и формирование клинически не значимых гематом). Ни одно из нежелательных явлений не привело к необходимости оперативного вмешательства или перевода пациента в ОРИТ. Летальных исходов не было. По морфологическому диагнозу кисты распределились следующим образом: IPMN – 21,8%, SCN – 20,5%, псевдокисты – 19,2%, муцинозные кисты без точной принадлежности – 15,4%, MCN – 11,5%, другие – 11,5% (в том числе кистозная форма нейроэндокринной неоплазии, энтерогенная киста, лимфангиома и пр). Для анализа диагностической значимости биохимических показателей кисты были разделены на 2 группы - муцинозные и не муцинозные. Уровень РЭА являлся специфичным предиктором муцинозной кисты ($p=0,007$). Уровень глюкозы также являлся селективным предиктором муцинозной кисты ($p=0,011$), при пороговом уровне 33 мг/дл чувствительность составила 78,6%, специфичность - 87,5%. Амилаза не являлась предиктором муцинозной кисты и не показала корреляции с диагнозом. Выводы Таким образом, чрезигольная щипцовая биопсия под ЭУС наведением значительно повышает частоту морфологической диагностики КПЖ, при этом не повышая риск осложнений. Биохимическое исследование может предоставить дополнительную информацию о КПЖ, что является крайне важным для принятия решения о дальнейшей тактике ведения пациента.

54. Особенности ВАК-терапии у пациентов с тяжелым коморбидным фоном при лечении дефектов желудочно-кишечного тракта.

*Солоницын Е.Г., Черных Д.А., Данилов И.Н.,
Ковалев А.С., Баранов Д.Г.*

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава
России

Актуальность Проблема послеоперационных осложнений сохраняет свою актуальность, не смотря на новые технические аспекты хирургического лечения. ВАК-терапия стала одним из эффективных методов лечения дефектов желудочно-кишечного тракта, в том числе при несостоятельности анастомозов. Особую сложность представляют пациенты онкологического профиля с тяжелым коморбидным фоном. Материалы и методы Целью нашего исследования явилась оценка результатов ВАК-терапии послеоперационной несостоятельности и дефектов желудочно-кишечного тракта у пациентов с тяжелым коморбидным фоном. В исследование были включены 7 пациентов (6 - с несостоятельностью анастомозов, 1 - с перфорацией дивертикула Ценкера). Распределение по полу: 5 мужчин и 2 женщины. Средний возраст составил 62,3+/-9,9 года (48-73). В исследование были включены только пациенты с тяжелым коморбидным фоном (перенесенный тяжелый инсульт, нарушения сердечного ритма, дисметаболическая кардиомиопатия, гипертоническая болезнь и сердечная недостаточность высокой степени, ожирение и другие). Обязательным критерием включения был риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) - 4. Во всех случаях хирургические осложнения выявлены в первые сутки после вмешательств. Результаты В среднем при лечении пациентов потребовалось 12+/-11,7 сеансов ВАК-терапии (2-33). Нахождение в отделении реанимации в среднем составило 9,3+/-5,9 суток (1-18). Всем пациентам проводилась коррекция развившихся патологических состояний, в том числе фибринозного и гнойного медиастинита в 2 случаях; серозного перитонита, острого панкреатита, острой язвы культи желудка и бронхомедиастинального свища - по 1 случаю. В 6 случаях наступило выздоровление. Летальный исход, обусловленный генерализованным сепсисом, зафиксирован в одном наблюдении после 3-го сеанса ВАК-терапии на 15 сутки после операции. Выводы Таким образом, ВАК-терапия является эффективным методом лечения осложнений после оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта, в том числе у пациентов с тяжелым коморбидным фоном. В данной группе пациентов важен комплексный подход, готовность персонала к лечению тяжелых осложнений и работа в мультидисциплинарной команде.

55. Первый опыт выполнения мигастрошунтирования с помощью роботассистированной системы Senhance направленный на лечении пациентов с морбидным ожирением

*Хитарьян А.Г. (1,2), Пуковский Д.Ю. (2),
Межуниц А.В. (1,2), Мельников Д.Ю. (1,2),
Пен О.С. (1,2)*

Ростов-на-Дону

1. ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону»
2. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Цель. Провести сравнительный анализ между традиционным лапароскопическим минигастрошунтированием и МГШ с использованием роботической системы Senhance. Материалы и методы Ретроспективно нами были проанализированы Все МГШ, выполненные лапароскопически и с помощью роботической системы Senhance на базе Дорожной клинической больницы на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД» в период с января 2022 года по июль 2024 года был проведен ретроспективный анализ всех МГШ, выполненных одним хирургом. Пациенты были разделены на две группы по выполнению классического и роботичнского МГШ. Показателями качества проведенных МГШ были 30-и дневные осложнения, продолжительность пребывания в стационаре и время операции. Результаты В исследование было включено 84 пациента, из них лапароскопических операций было выполнено 44 и 40 операции с помощью роботизированной системы Senhance. Время оперативного лечения при использовании Senhance оказалось незначительно больше (85 мин), чем при классическом лапароскопическом вмешательстве (70 мин). Осложнений, требующих хирургического лечения, а также осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания или иных осложнений в течение 1 мес выявлено не было. Выводы Минигастрошунтирование с использованием Робот-ассистированной системы Senhance является безопасным оперативным лечением в бариатрической хирургии и во многом сопоставима с лапароскопическим МГШ в отношении 30-дневных осложнений. Непосредственные результаты применения роботического МГШ сопоставимы с таковыми при лапароскопии. Однако требуется накопление большего оперативного опыта, а также проведения анализа «затраты/эффективность» для оценки целесообразности применения роботических систем в бариатрической хирургии

56. Уровень печеночных ферментов после лапароскопической холецистэктомии при визуальных изменениях печени

Лобанов Л.С., Лобанов С.Л.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

57. Гибридные хирургические вмешательства в лечении желчекаменной болезни и её осложнений у беременных и рожениц

Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Беженарь В.Ф., Попов Д.Н., Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Паскошева Д.Д., Ахмедов А.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Результаты лечения желчекаменной болезни при сопутствующей патологии печени требуют дальнейшего изучения. Материал и методы: Проведен анализ 2467 лапароскопических холецистэктомий по данным историй болезни, пациентов оперированных в ГКБ №1г.Читы с 2012 по 2024 г.г. При проведении лапароскопических холецистэктомий визуальные изменения печени обнаружены у 451(18,3%) пациентов. Вариабельность изменений наблюдалась от минимальных до выраженных. Основные признаки: изменение цвета, неоднородность рисунка поверхности, закругленный край, изменение размеров, признаки фиброза. Данные визуальной ревизии дополнялись картиной УЗИ или КТ, по которой фиксировались изменения размеров, состояние паренхимы и т.д. В исследуемую группу включены 47 пациентов с признаками визуальных изменений печени. В качестве контрольной группы (n=30) пациенты без визуальных изменений печени по результатам лапароскопии, а также при отсутствии патологии по данным УЗИ и КТ. Группы созданы методом рандомизации и сопоставимы по возрастно-гендерным признакам. Летальных исходов и тяжелых осложнений в обеих группах не было. Исследовали уровень печеночных ферментов АСТ, АЛТ, билирубина до операции, через 24 и 72 часа после операции. Результаты и обсуждение. В исследуемой группе до операции уровень трансаминаз составил соответственно: до операции (АСТ), 1-е сутки после операции, 3 сутки после операции Q1- 31, Me-39, Q3-44; 37, 67, 88; 33, 62,91. (АЛТ) 36, 41, 54; 45, 59, 117; 67, 84, 122. В контрольной группе уровень трансаминаз оставался в пределах нормы. Также не выявлено значимых изменений уровня билирубина, как в исследуемой, так и в контрольной группе. Для обработки полученных данных использованы методики Манна-Уитни и Хи-Квадрат. Установлено, что при визуальных изменениях печени, лапароскопическая холецистэктомия сопровождается повышением уровня трансаминаз (АСТ, АЛТ) в первые сутки после операции ($P < 0,01$) примерно на 50-60%. При этом через 3 суток после операции уровень АЛТ остается на прежнем уровне, при незначительном снижении АСТ. Выводы и рекомендации. При визуальных изменениях печени, оперативное вмешательство (лапароскопическая холецистэктомия) сопровождается более значительными признаками повреждения печеночной ткани, что необходимо учитывать при осуществлении лечебно-профилактических мероприятий.

Актуальность. Желчекаменная болезнь (ЖКБ) занимает одно из ведущих мест по распространенности среди экстрагенитальной хирургической патологии у беременных и рожениц. Такие осложнения как острый холецистит, механическая желтуха, холангит и острый билиарный панкреатит развиваются в период гестации в 7-10 % случаев. Цель работы: разработать лечебно-диагностический алгоритм и оценить эффективность гибридных хирургических вмешательств у беременных и рожениц с осложненным течением ЖКБ. Материалы и методы. За период с 2019 по 2024 годы в ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова в экстренном порядке были госпитализированы 362 беременные с симптомным течением ЖКБ. После осмотра акушера-гинеколога, выполнения КТГ и исключения патологии течения беременности, в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) выполнялись лабораторные и инструментальные исследования в объеме: клинический, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости. При подозрении на холедохолитиаз выполнялось МРХПГ. При его сомнительных результатах, особенно при невозможности исключить наличие мелких конкрементов в зоне БДС, выполнялась ЭндоУЗИ. Результаты. Диагноз «механическая желтуха» был установлен у 17 (4,7 %) пациенток, «холангит» – у 9(2,4 %), «острый билиарный панкреатит» – у 9 (2,4 %), «острый холецистит» – у 62 (17,1 %), у 265 (73,2%) пациенток печеночная колика была купирована и данных за холедохолитиаз получено не было. Беременные с купированной печеночной коликой оценивались по разработанной в ПСПбГМУ шкале с градацией риска развития осложненного течения ЖКБ на низкий, средний и высокий. Пациентки с низким риском (n=45; 16,9%) выписывались на амбулаторное лечение с рекомендацией выполнить ЛХЭ после родоразрешения. Пациентки со средним риском (n=188; 71,0%) заносились в «чек-лист» и наблюдались нами амбулаторно во время всей беременности. При возникновении повторного приступа печеночной колики они госпитализировались для выполнения холецистэктомии. Пациентки с высоким риском развития осложнений (n=32; 12,1%) госпитализировались на хирургическое отделение, где им в плановом порядке выполнялась холецистэктомия. Выбор доступа (открытый или лапароскопический) определялась особенностями конституции больной, размерами плода и высотой стояния дна матки. Так, в плановом порядке было выполнено 25 ЛХЭ и 7 открытых холецистэктомий. Пациенткам, которым в результате обследования был установлен диа-

гноз «Острый холецистит» и исключен холедохолитиаз, было выполнено 48 ЛХЭ и 14 открытых вмешательств. Пациенткам с доказанным холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, острым холангитом или острым билиарным панкреатитом выполнялись одномоментные гибридные оперативные вмешательства (n=25): 6 (24,0%) - одномоментное ЛХЭ+ЭПСТ по методике «pre-cut», у 8 (32,0%) – ЛХЭ+ЭПСТ по методике «Рандеву» и у 3 (12,0%) беременных на поздних сроках – открытая холецистэктомия и ЭПСТ. При этом все эндоскопические вмешательства выполнялись без использования ЭОП, для исключения влияния рентгеновского излучения на плод. 4 пациенткам со сроком гестации более 38 недель первым этапом было выполнено родоразрешение, а вторым одномоментная ЛХЭ+ЭПСТ. В раннем послеоперационном периоде пациентки наблюдались на хирургическом отделении, а затем переводились в клинику акушерства. Из послеоперационных осложнений отмечался лишь постманипуляционный панкреатит у 2 больных (8%), который был пролечен консервативно. Также следует отметить, что при анализе отдаленных результатов и наблюдении за оперированными женщинами ни у кого не было отмечено патологии течения беременности, а все новорожденные были оценены на 8/9 баллов по Апгар. Заключение. При подозрении на холедохолитиаз у беременных необходимо выполнять МРХПГ и ЭндоУЗИ. У беременных с симптомным течением ЖКБ необходимо оценивать риск развития осложнений. Гибридные хирургические вмешательства являются безопасной и эффективной методикой лечения при осложненном течении ЖКБ у беременных и рожениц.

58. Анализ результатов применения лапароскопических технологий в хирургии ободочной и прямой кишки

Жариков А.Н. (1,2), Лубянский В.Г. (1,2),
Шипилов Н.И. (2), Власов К.Е. (2)

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
- 2) КГБУЗ Краевая клиническая больница

Актуальность. В настоящее время видеолaparоскопические технологии стали приоритетными для многих видов операций в гинекологии, бариатрической хирургии, экстренной и плановой абдоминальной хирургии. Совершенствование техники многих мининвазивных абдоминальных вмешательств позволили широко использовать лапароскопические способы оперативного лечения при основных колопроктологических заболеваниях. Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 24 больных с патологией ободочной кишки,

находившихся в отделении гнойной хирургии Краевой клинической больницы с 2022 по 2024 год, в хирургическом лечении которых использованы видеолaparоскопические технологии. Среди пациентов 10 (41,7%) было мужчин и 14 (58,3%) женщин. Средний возраст составил $67,3 \pm 2,3$ года. Заболевания ободочной и прямой кишки, по поводу которых проведены оперативные вмешательства: рак – 15 (62,5%), ворсинчатые опухоли – 5 (20,8%), дивертикулярная болезнь – 2 (8,3%), воспалительные заболевания кишечника – 2 (8,3%). Результаты. У 9 (37,5%) больных с раком ободочной кишки выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрасверзоанастомоза и лимфодиссекцией Д2. Формирование межкишечных анастомозов выполнялось экстракорпоральным и интракорпоральным способами. Из них в послеоперационном периоде в 2 случаях отмечена несостоятельность анастомоза, которая потребовала проведение повторных открытых операций с разобщением соустья и выведением терминальной илеостомы. В 2 наблюдениях при раке прямой кишки выполнена видеоассистированная передняя резекция прямой кишки с наложением аппаратного анастомоза. Резекция сигмовидной кишки с использованием видеолaparоскопических технологий выполнена у 4 пациентов, из них у 2 с выведением концевой сигмостомы и у 2 с наложением сигморектоанастомоза по типу «конец в конец» с помощью аппаратного шва. Однако, после наложения анастомоза в одном случае наступила его несостоятельность с развитием перитонита, что потребовало разобщения соустья с выведением сигмостомы и проведения последующих плановых санаций брюшной полости. При доброкачественных опухолях (ворсинчатая аденома) ободочной и прямой кишки для лучшей интраоперационной визуализации образований предварительно при колоноскопии была произведена контрастная хромография метиленовым синим, после чего у 3 больных выполнена гемиколэктомия справа, у 1 гемиколэктомия слева и у 1 видеолaparоскопически ассистированная передняя резекция. Осложнений не было. У больных с воспалительными заболеваниями кишечника в 1 случае выполнена видеоассистированная субтотальная колэктомия с наложением илеостомы, а во 2 резекция сигмовидной кишки с формированием сигмостомы. По поводу дивертикулярной болезни толстой кишки в 2 наблюдениях использовались видеолaparоскопические резекции сигмовидной кишки с наложением аппаратного сигморектоанастомоза. В целом из 24 пациентов умерло 2, составив летальность 8,3%. Основными причинами летальных исходов явилась несостоятельность швов дистальных колоректальных анастомозов после использования сшивающих аппаратов у сложных коморбидных онкологических больных. Выводы. Внедрение в последнее время видеолaparоскопических технологий в хирургии ободочной кишки дает ряд преимуществ по сравнению с открытыми вмешательствами, что выражается в более коротком пребывании пациентов в стационаре, быстром восстановлении кишечного пассажа, меньшей кровопотере и раннем возвращении к физической активности. Лучшие результаты

были получены у больных, оперированных по поводу неопухолевых заболеваний ободочной кишки.

**59. Результаты хирургического
лечения холецистохоледохолитиаза
из лапароскопического и гибридного доступов**

*Зайцев О.В., Тарасенко С.В., Копейкин А.А.,
Бизяев С.В., Слободенюк В.П., Кошкина А.В.,
Тюленев Д.О.*

Рязань

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет им. акад.И.П. Павлова»

Одним из факторов, ограничивающих использование видеоэндохирургических методов для лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, является наличие сопутствующего холедохолитиаза. Разные источники указывают, что частота обнаружения камней в желчных протоках колеблется от 3 до 15%. Необходимость в устранении холедохолитиаза создает определенные технические сложности, которые часто становятся причиной отказа хирургов от проведения лапароскопических вмешательств в пользу открытых операций. С 2014 по 2025 год на клинических базах ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России было выполнено 380 операций по поводу холецистохоледохолитиаза с использованием лапароскопического и гибридного доступа. Операции проводились как в плановом, так и в экстренном порядке (290 и 87 случаев соответственно). Экстренные операции, как правило, выполнялись при остром холецистите. Планирование одномоментного лечения холецистохоледохолитиаза осуществлялось в тех случаях, когда двухэтапное лечение, предполагающее последовательное выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЦЭ), было невозможно. Основными причинами отказа от выполнения РХПГ на первом этапе стали: техническая невозможность канюляции большого дуоденального сосочка (БДС) (130 пациентов), сложности с проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) из-за парафатериального дивертикула (105 пациентов) и большой размер конкрементов в общем желчном протоке (75 пациентов). В 240 случаях было осуществлено гибридное вмешательство, которое начиналось с лапароскопического доступа. Через вскрытую стенку пузырного протока проводник в виде проволоочной струны проводился в холедох, а затем через большой дуоденальный сосочек (БДС) попадал в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Одновременно проводилась гастродуоденоскопия с использованием операционного эндоскопа. Во время дуоденоскопии эндошипцы захватывали проводник, который

затем вытягивался через канал эндоскопа наружу. На струну надевали сфинктеротом, который по струне поступал в ДПК через рабочий канал эндоскопа и затем вводился в просвет холедоха. Использование направляющего проводника способствовало успешной канюляции БДС в каждом случае, даже при наличии папиллита и парафатериальных дивертикулов. Процедура включала эндоскопическую папиллосфинктеротомию и удаление камней с помощью корзины Dormia. Завершалась операция наложением клипсы на пузырный проток ниже уровня рассечения и лапароскопической холецистэктомией. В ходе 195 наблюдений, когда транспапиллярная литоэкстракция оказалась невозможной, было решено прибегнуть к лапароскопической холедохолитотомии (ХЛТ) для удаления конкрементов, находящихся в холедохе. Процедура выполнялась с использованием «холодных» ножниц в супрадуоденальной области. Крупные одиночные камни относительно легко извлекались через разрез холедоха с помощью инструментальной пальпации его интрапанкреатической части. В других случаях выбор метода удаления зависел от различных факторов, включая положение конкремента в терминальном отделе холедоха, его мягкость и прикрепленность к стенке, а также проходимость желчных путей, что могло потребовать предварительного выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Для удаления свободно расположенных мелких конкрементов часто применяли метод вымывания форсированной жидкостной струей через катетер, введенный в конечный участок холедоха. Эндоскопическая корзина (Дормиа) также демонстрировала успешные результаты. В случае, если конкременты застряли в конечном участке холедоха и не удалось извлечь их с помощью предварительной процедуры РХПГ с ЭПСТ, эффективным оказался специальный метод, позволяющий выталкивать конкремент в просвет ДПК (Патент на полезную модель RU 183860 U1). Для подтверждения успешной процедуры ХЛТ интраоперационно проводился осмотр просвета холедоха гибким холедохоскопом, введенным в брюшную полость через троакарный разрез. После предварительного выполнения ЭПСТ, в случаях, когда требовалось, накладывали непрерывный «глухой» эндоскопический шов для закрытия холедохотомического разреза. Дополнительно, при других обстоятельствах, осуществлялось наружное дренирование холедоха по методу Холстеда. У 49 пациентов, перенесших лапароскопическую холедохотомию (ХЛТ), было выявлено нарушение проходимости холедоха в его терминальной части. Это осложнение возникло из-за рубцевания, аденомиоза большого дуоденального сосочка или наличия парафатериального дивертикула. В таких ситуациях хирургическое вмешательство завершалось наложением продольно-поперечного холедоходуоденоанастомоза методом «бок-в-бок». Для выполнения швов применялась техника «парашютного» непрерывного шва, а в качестве шовного материала использовался полидиоксанон с толщиной 4/0. Таким образом в клинической практике рекомендуется применение гибридных и лапароскопических доступов для лечения пациентов с

холедохолитиазом, поскольку они доказали свою безопасность и эффективность.

60. Место лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж у больных с нарушенным мочеиспусканием

Макаров А.Г. (1,2), Слепченко В.Л. (1)
Лодякова Е.А. (2)

Пенза

1. ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им Н.Н. Бурденко»
2. Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет».

Актуальность. Эндоскопические виды хирургических операций прочно заняли свое место в современной хирургии. Сложности этих видов вмешательств заключаются в необходимости дополнительного обучения персонала и наличии высокотехнологичного оборудования. На территории Пензенской области активно развивается эндоскопическая хирургия по различным направлениям, герниология не является исключением. Материалы и методы. Проанализированы истории болезней и амбулаторные карты пациентов с грыжами передней брюшной стенки, пролеченных в стационарах Пензенской области за 2022 и 2023г, обращалось внимание на пол, возраст пациентов, их ИМТ, характер коморбидного статуса, локализации грыжевых дефектов, характера выполненной операции и наличие осложнений. Результаты. За 2022 и 2023 гг., в стационарах Пензенской области, абдоминальными хирургами выполнено 25972 операции. Из них грыжесечений- 4006, что составило 15,4%. Мужчин оперировано 2609- 65,1% от всех грыжесечений. Лапароскопических герниопластик выполнено 68, все пластики выполнены мужчинам по поводу паховых грыж- 2,6% от грыжесечений у мужчин. Всего паховых грыж у мужчин оперировано 1932. Доля лапароскопических пластик составила 3,5%. Разделив пациентов с паховыми грыжами на 2 группы: Группа А, пациенты оперированные лапароскопическим способом- 68 пациентов. Группа Б- пациенты оперированные одним из традиционных способов- 1864. Получаем, среднее значение возраста в группе А- 50,2+15,1 лет, а в группе Б- 61,8+13 лет. Значение t-критерия Стьюдента: 0.58, различия статистически не значимы. При сравнении среднего значения ИМТ в группа получаем Значение t-критерия Стьюдента: 0.01, различия статистически не значимы. Пациентов без сопутствующих патологий в группе А отмечалось 26-38,2%, а в группе Б- 373- 20%, при статистическом сравнении, $P < 0.001$, достоверно чаще лапароскопическим способом оперировались пациенты без коморбидного статуса. Пациентов с нарушенной функцией мочеиспу-

скания, оперированных лапароскопически- 14- 20,6%, классическим способом- 667- 35,8%. При статистическом сравнении, достоверно чаще пациенты с нарушением функции мочеиспускания оперировались одним из вариантов классических способов $P = 0.01$. Средний срок пребывания в стационаре у пациентов группы А- 4,3+0,7 дня, в группе Б-6,7+2 дня. Значение t-критерия Стьюдента: 0.66, различия статистически не значимы. Однако, среднее значение пребывания в стационаре пациентов после лапароскопических пластик ниже на 2 дня, что может иметь значение в условиях современной загруженности стационаров. Осложнений в группе А не было, а в группе Б- 136 грыжесечений имели осложнения различной степени тяжести, что составило 7,3% осложнений. $P=0.02$, результат статистически значимый. При оценке осложнений у пациентов с нарушением мочеиспускания, выяснено, что послеоперационные осложнения возникают в 14,5% оперированных пациентов, а у пациентов без расстройств мочеиспускания, осложнения возникают в 6% случаев ($P < 0.001$). Обсуждение. Лапароскопические пластики при грыжах имеют ряд преимуществ, такие как снижение сроков пребывания в стационаре и меньшее количество осложнений, по сравнению с традиционными пластиками. На этапе освоения методики происходит более тщательный отбор пациентов, в связи с чем у большей части пациентов, оперированных лапароскопически отсутствует коморбидный статус. Однако, у пациентов с расстройствами мочеиспускания, в общей группе, чаще возникают послеоперационные осложнения, чем у пациентов без таковых. Но у таких-же пациентов, оперированных лапароскопическим способом, осложнений не наблюдалось. Выводы. Лапароскопическая герниопластика при паховой грыже достоверно снижает риск развития послеоперационных осложнений, и, как следствие, происходит снижение сроков пребывания в стационаре. Лапароскопическая герниопластика - один из достоверных факторов снижения количества послеоперационных осложнений у мужчин с нарушенной функцией мочеиспускания.

61. Опыт применения малоинвазивных методов лечения мочекаменной болезни

Васин Р.В., Широбакина Е.Ю., Собенников И.С.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова
ГБУ РО «ГКБ №11»

Актуальность В период с 2000 по 2021 год смертность от мочекаменной болезни в мире возросла на 60.3 %, что в 2021 году стало причиной смерти 17 700 человек [1]. Поиск и внедрение безопасных малоинвазивных методов оперативного лечения мочекаменной болезни

позволит повысить качество и продолжительность жизни пациентов. Материал и методы В отделении урологии ГБУ РО «ГКБ № 11» г. Рязани в период с 2017 по 2024г. было проведено 7785 операций по поводу МКБ. С 2018 г в рамках программы «Жизнь без мочевых камней» в дополнение к открытым и лапароскопическим операциям при МКБ и дистанционным методам литотрипсии были внедрены малоинвазивные методы лечения уролитиаза: перкутанная нефролитотрипсия, гибкая и ригидная лазерная контактная уретеро- и нефролитотрипсия. По локализации конкремента пациенты были разделены на следующие группы: 59.2 % (n=4607) - мочеточник, 32.9 % (n=2560) - почка и 7.9 % (n= 618) мочевого пузыря. Произведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с нефролитиазом (n=2560). Средний возраст пациентов составил 51,3 лет. Структура операций при нефролитиазе: дистанционная нефролитотрипсия – 63 % (n=1614), перкутанная нефролитотрипсия -22.8% (n= 586), открытые операции 10.8% (n=277), лапароскопическая пиелолитотомия – 0.55% (n=14), ретроградная пиелолитотрипсия - 2.69 % (n=69). В группу открытые операции были включены пиелолитотомия 94.5 % (n=262), пиелонефролитотомия 2.88% (n=8), нефролитотомия 2.53% (n=7). Полученные результаты Средняя плотность и размер камня при проведении ДУВЛ и ПНЛТ составили 965 ± 3 НУ и 7 ± 2 мм, в остальных случаях 1123 ± 4 НУ и 18 ± 5 мм соответственно. Среднее число койко-дней при применении ПНЛТ и ДУВЛ составило 6 ± 0.5 и 3 ± 0.5 дня, тогда как при операциях лапароскопическим и открытым доступом 10 ± 0.7 и 6 ± 0.3 дней соответственно. Применение техник ПНЛТ без установки нефростомы после операции в среднем уменьшало койко-день на 2 дня при размере камня не более 22 мм ($p=0,028$). В структуре интраоперационных осложнений после проведения ПНЛТ кровотечение, требующее переливания компонентов крови возникло в 3 случаях (0,51%). В 1 случае (0.17 %) зарегистрирован ненапряженный пневмоторакс при формировании пункционного доступа в верхнюю группу чашечек почки. Кровотечение, требующее переливания компонентов крови, также возникло в 5 случаях при проведении пиелолитотомии (1.9 %). В общей структуре послеоперационных осложнений следует отметить почечную колику и обострение хронического пиелонефрита. Почечная колика после ДУВЛ встречалась в 2 раза чаще, чем после ПНЛТ, что составило 14.3 % (n = 40) и 6.8 % (n = 231) соответственно ($p=0,025$). После ретроградной пиелолитотрипсии почечная колика отмечена в 2 случаях, что составило 3%. После лапароскопических и открытых операций почечных колик не зарегистрировано. Обострение хронического пиелонефрита зарегистрировано в 2 % (n = 12) после ПНЛТ, в 3.7 % (n = 60) после ДУВЛ, в 1.8 % (n = 5) после открытых операций, а также в 3 случаях после ретроградной пиелолитотрипсии (4.34 %). Потребность в применении нестероидных противовоспалительных препаратов в послеоперационном периоде выше после проведения открытых операций и составила 8 ± 0.5 дней, тогда как после применения ДУВЛ и эндоскопических операций не превышала 1.5 ± 0.5 дня ($p=0,012$). С 2021

г открытых операций для лечения МКБ не проводилось. Обсуждение Внедрение малоинвазивных методов лечения нефролитиаза ассоциировано с сокращением сроков пребывания пациента в стационаре за счет меньшей травматичности в сравнении с открытыми операциями. Ранняя активация пациентов и снижение выраженности болевого синдрома закономерно повышает качество жизни пациентов. Оснащение современным эндоскопическим оборудованием позволяет полностью уйти от травматичных открытых хирургических доступов в лечении МКБ. Выводы: Применение эндоурологических вмешательств в лечении мочекаменной болезни демонстрирует статистически значимую разницу в уменьшении числа койко-дней, проведенных в стационаре, а также меньшую потребность в применении анальгетиков в послеоперационном периоде. Список литературы 1. The global, regional, and national burden of urolithiasis in 204 countries and territories, 2000–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 Awedew, Atalel Fentahun et al.eClinicalMedicine, Volume 78, 102924

62. Оценка непосредственных результатов лапароскопической дистальной спленосохранной резекции поджелудочной железы: операция Kimura vs Warshaw.

Вервекин И.В. (1), Трушин А.А. (1),
Курсенко Р.В. (1), Захаренко А.А. (1)

1) Санкт-Петербург

1) ПСПбГМУ

Актуальность. Лапароскопическая дистальная спленосохранная резекция поджелудочной железы – «золотой» стандарт лечения доброкачественных опухолей тела и хвоста поджелудочной железы, при которых не требуется лимфодиссекция л/у ворот селезенки. Для сохранения селезенки обязательным является обеспечение адекватного артериального кровоснабжения и венозного оттока. Это может быть достигнуто двумя способами: путем сохранения сосудов селезенки (метод Kimura – KT) или с помощью резекции сосудов селезенки с сохранением коротких желудочных сосудов (метод Warshaw – WT). В настоящее время нет единого мнения о том, какой метод сохранения селезенки является оптимальным, чаще всего выбор метода проводится эмпирически, на основании опыта оперирующего хирурга и особенностей анатомии селезеночных сосудов пациента, взаимосвязи их и опухоли. Цель настоящего исследования – ретроспективное сравнение непосредственных результатов двух методов выполнения лапароскопической ДССРПЖ. Материал и методы. В ретроспективный анализ было включено 30 пациентов, которым с февраля 2020 г. по февраль 2024г. была выполнена ДССРПЖ. Все пациенты были разде-

лены на 2 группы: 1 – Kimura-type (n=167; 2 – Warshaw-type (n=13) в соответствии с принципом intention-to-treat (принадлежность пациента конкретной группе определялась до момента начала операции). Целью исследования является сравнение 2-х методов оперативного вмешательства по непосредственным хирургическим результатам (продолжительность операции, объем кровопотери, продолжительность п/о койко-дней, частота выполнения лапаротомии, спленэктомии и повторной операции) и безопасности (частота послеоперационной панкреатической фистулы (POPF), осложнений Clavien-Dindo> III, летальных исходов). Статистический анализ выполняли с использованием программы StatTech 4.1.0. Результаты. Не было обнаружено статистически значимых различий в исходных клинических характеристиках пациентов между группами. Обнаружено статистически значимое различие в размере опухоли – более крупные опухоли чаще встречались в группе WT чем в группе KT (2,85см против 4,7 см, $p = 0,026$). Статистически значимых различий между группами в гистологическом строении опухоли не обнаружено. В 13 (40,7%) случаях наблюдались NET (нейроэндокринная опухоль), в 7 (22,2%) – SCN (серозно-кистозная неоплазия), в 3 (11,1%) – псевдокиста, в 3 (11,1%) – MCN (муцинозно-кистозная неоплазия), в 2 (7,4%) – SPN (солидная псевдопапиллярная опухоль) и mRCC (метастазы светлоклеточного рака почки). Средняя продолжительность операции в группе WT – $197,27 \pm 42,09$ мин (95% ДИ 184,36 – 240,64) была меньше, чем в группе KT – $269,06 \pm 70,95$ (95% ДИ 227,74 – 319,95), $p = 0,006$. Средняя продолжительности койко-дня статистически значимо различалась между группами: 7 дней в группе WT и 11 дней в группе KT. При анализе объема кровопотери, продолжительности койко-дня, частоты лапаротомии, спленэктомии, повторной операции статистически значимых различий между группами не обнаружено. При оценке частоты развития POPF в зависимости от типа операции, не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,474$). В группе KT наблюдалось 1 (5,9%) аррозивное кровотечение из селезеночной артерии на 7-е сутки п/о периода (спленэктомия). Статистически значимых различий в частоте п/о осложнений Clavien-Dindo> III, летальности между группами не обнаружено. Заключение. Как метод Warshaw, так и метод Kimura являются безопасными и эффективными хирургическими подходами, обеспечивающими схожие результаты лечения. Наш анализ демонстрирует, превосходство метода Warshaw над методом Kimura в виде меньшей продолжительности оперативного вмешательства и меньшей частоте клинически значимых панкреатических фистул. С учетом наших данных и накопленного мирового опыта, метод Warshaw может быть более выгодным с точки зрения использования ограниченных оперативных ресурсов без ухудшения непосредственных хирургических результатов лечения.

63. Значение интраоперационной ICG-флуоресценции в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни и холецистита. Результаты метаэпидемиологического исследования

Нечай Т.В. (1), Панин С.И. (2), Сажин А.В. (1),
Разуваева Е.Ю. (1), Тригубец А.В. (3)

Москва 2) Волгоград

- 1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
- 2) ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
- 3) ФГБОУ ВО МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Цель работы. Провести метаобзор результатов применения интраоперационной ICG-флуоресценции в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни и холецистита. Материалы и методы. Методологической основой научного исследования был метаэпидемиологический подход. Систематический поиск мировой доказательной базы (Cochrane Library, PubMed, Embase, CINAHL, eLibrary и ClinicalTrials.gov) проведен на всю глубину начиная с 1 февраля 2025 г в ручном и электронном режимах. Поиск и обобщение его результатов проводился при помощи программы Rayyan (Rayyan Systems, Inc. Cambridge, US). Валидность и способы синтеза информации первичных научных исследований оценивали при помощи механизмов критического анализа. Полученные результаты. По заданным ключевым словам, после исключения дубликатов было найдено 421 первичное исследование. При анализе полученных данных выявлено, что начиная с 2020 года, доказательная база по использованию интраоперационной ICG-флуоресценции в лапароскопической желчной хирургии представлена 6 вторичными научными исследованиями. При этом основным методом синтеза и обобщения доказательной базы является метаанализ. Последовательный экспертный анализ (TSA) был использован только в 1 исследовании. Полученные выводы метаанализов частично не согласованы. Значимым преимуществом интраоперационной ICG-флуоресценции в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни и холецистита является возможность идентификации желчных протоков. Однако, с учетом данных последовательного экспертного анализа (TSA) это утверждение правомочно только для верификации общего желчного протока и не подтверждается в отношении пузырного и общего печеночного протока. Заключение ряда метаанализов о меньшей продолжительности лапароскопи-

ческих операций, снижении частоты повреждения внепеченочных желчных протоков и вероятности конверсии могут быть потенциально ложными (для значимых выводов метаанализа необходимое количество наблюдений в рамках рандомизированных исследований для указанных параметров составляет 10489, 7944 и 7944, соответственно DARIS достигнут на 8,4%, 9,5% и 16,2%). Не было найдено метаанализов сравнивающих эффективность ICG визуализации и белого света в ходе операций при состоянии после наложения холецистостомы. Заключение. Проведенное метаэпидемиологическое исследование не позволяет ни подтвердить, ни опровергнуть важность интраоперационной ICG-флуоресценции в хирургии желчнокаменной болезни и холецистита.

64. Чрескожные диагностические и лечебные мини-инвазивные вмешательства под контролем лучевой навигации в многопрофильном стационаре

*Эктов В.Н. (1), Соколов А.Н. (2),
Мельников Ю.Ю. (2), Куркин А.В. (1,2)*

Воронеж

- 1) ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России
- 2) БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1»

Актуальность. Современный этап развития хирургии отмечен активным внедрением в клиническую практику различных мини-инвазивных методов диагностики и лечения хирургических заболеваний. В настоящее время наряду с транслуминальными операциями широкое распространение получили чрескожные диагностические и лечебные вмешательства, осуществляемые под контролем различных методов лучевой навигации. Материал и результаты. В Воронежской областной клинической больницы №1 организационной основой для внедрения чрескожных пункционно-дренирующих операций стала организация в марте 1999 года кабинета инвазивных вмешательств со штатной структурой, состоящей из 4 врачей, прошедших профессиональную переподготовку по хирургии, торакальной хирургии, ультразвуковой диагностике и рентгенологии. За прошедший период выполнено более 59 6000 различных операций и инвазивных манипуляций под контролем ультразвуковых исследований, флуороскопии и компьютерной томографии. Пункционная биопсия стала важным методом морфологической диагностики очаговых поражений органов грудной и брюшной полости и забрюшинного пространства (выполнено более 14 000 биопсий). Проведено около 2800 мини-инвазивных вмешательств по поводу кист

различной локализации, в том числе с помощью двухэтапной методики дренирования успешно пролечено 96 пациентов с эхинококковыми кистами. Для лечения абсцессов и ограниченных жидкостных образований различной этиологии и локализации произведено 2520 чрескожных дренирующих вмешательств. Для выполнения 2598 пункционно-дренирующих операций использовалась компьютерная томография. При доброкачественной и злокачественной патологии внепеченочных желчных ходов выполнено 5732 чрескожных чреспеченочных холангиостомий, с 2005 года используется наружно-внутреннее дренирование и методика антеградного стентирования желчных протоков (выполнено 457 операций). Радиочастотная абляция опухолей печени под контролем ультразвуковой навигации выполнена 199 больным. Выводы и рекомендация. Широкое использование чрескожных мини-инвазивных операций под контролем лучевой навигации в условиях многопрофильного стационара повышает эффективность диагностики различных заболеваний и снижает травматичность лечебных хирургических вмешательств.

65. Функциональная хирургия раннего рака желудка: современный подход и будущие перспективы

*Поморцев Б.А. (1,2), Далгатова К.Д. (1,2),
Базиян Ю.К. (1), Синякин С.Ю. (1,2),
Ивахов Г.Б. (1,2), Лебедев И.С. (1,2),
Сажин А.В. (1,2)*

Москва

- 1 – ММКЦ «Коммунарка»
- 2 – РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность Лапароскопические методики стали неотъемлемой частью хирургического лечения раннего рака желудка, демонстрируя снижение операционной травматичности, сокращение сроков реабилитации и улучшение функциональных результатов. Однако вопросы онкологической радикальности и хирургической безопасности функционально-ориентированных вмешательств, их влияние на качество жизни пациентов и отдаленные результаты остаются дискуссионными. Эти вмешательства требуют высокой технической квалификации и стандартизации подхода, особенно при выполнении сложных этапов лимфодиссекции и гастроинтестинальных анастомозов. Мы проанализировали: дистальную резекцию желудка с Бильрот-1 delta-shaped реконструкцией, пилоросохраняющие вмешательства при центральном расположении опухоли и реконструкция эзофагогастроанастомоза с антирефлюксным механизмом double-flap Kamikawa при проксимальной резекции. Материалы и методы В исследование включены пациенты с морфо-

логически подтверждённым диагнозом раннего рака желудка (I–II стадия), которым в период с сентября 2022 по декабрь 2024 года в ММКЦ «Коммунарка» выполнены лапароскопические органосохраняющие операции. Оценены три вида вмешательства: дистальная резекция желудка с реконструкцией по Бильрот-I ($n=68$), пилоросохраняющая резекция ($n=14$) и проксимальная резекция желудка с реконструкцией по методике Double-Flap Kamikawa ($n=5$). Основными оцениваемыми показателями являлись длительность операции, интраоперационная кровопотеря, объём лимфодиссекции, частота и характер послеоперационных осложнений (по классификации Clavien-Dindo), радикальность резекции (R0) и патоморфологические характеристики опухоли. Все вмешательства выполнялись лапароскопическим доступом с соблюдением онкологических стандартов. Результаты Лапароскопическая дистальная резекция желудка с реконструкцией по Бильрот-I выполнена у 68 пациентов. Средняя длительность операции составила 216 ± 10 минут, средний объём кровопотери – $36 \pm 5,3$ мл. Во всех случаях достигнута радикальность резекции (R0). Среднее количество удалённых лимфоузлов составило 20. Послеоперационные осложнения зафиксированы в 2,9% случаев, при этом осложнений III–V степени по классификации Clavien-Dindo не выявлено. Средняя продолжительность госпитализации составила $6,8 \pm 0,41$ дней. Пилоросохраняющая резекция желудка выполнена у 14 пациентов. Средняя длительность операции составила 294 ± 28 минут, средний объём кровопотери – 32 ± 14 мл. Радикальность резекции (R0) достигнута во всех случаях. Среднее количество удалённых лимфоузлов составило 18. Осложнения зафиксированы у 14,2% пациентов, основным из которых являлся гастростаз, требовавший консервативной терапии. Осложнений III–V степени по Clavien-Dindo не отмечено. Средняя продолжительность госпитализации составила $6,6 \pm 0,7$ дней. Лапароскопическая проксимальная резекция желудка с реконструкцией по методике Double-Flap Kamikawa выполнена у 5 пациентов. Средняя длительность операции составила 290 минут, средний объём кровопотери – 43 мл. Во всех случаях достигнута радикальность резекции (R0). Среднее количество удалённых лимфоузлов составило 19. В одном случае отмечено осложнение Clavien IIIa, требовавшее минимально инвазивного вмешательства. Средняя продолжительность госпитализации составила 7,2 дня. Выводы В ходе исследования выполнены лапароскопические органосохраняющие резекции желудка различного объёма. Полученные результаты подтвердили безопасность и онкологическую обоснованность данных вмешательств. Реконструкция по Бильрот-I продемонстрировала хорошие функциональные результаты, минимальную операционную травматичность и низкую частоту осложнений, что делает её предпочтительным вариантом для пациентов с дистальной локализацией опухоли. Пилоросохраняющая резекция является технически сложной методикой, требующей прецизионной лимфодиссекции. Основным ограничением её широкого применения остаётся риск гастростаза, что диктует необ-

ходимость строгого отбора пациентов. Проксимальная резекция желудка с реконструкцией по методике Double-Flap Kamikawa направлена на формирование антирефлюксного механизма, однако связана с техническими сложностями при выполнении высоких анастомозов. Дальнейшие исследования необходимы для стандартизации данного метода и его широкого внедрения в клиническую практику.

66. Лапароскопическая хирургия рака желудка в условиях высокопотокового онкологического центра: сравнительный анализ ранних послеоперационных исходов

Поморцев Б.А. (1,2), Далгатова К.Д. (1,2),
Базиян Ю.К. (1), Синякин С.Ю. (1,2),
Ивахов Г.Б. (1,2), Лебедев И.С. (1,2),
Сажин А.В. (1,2)

Москва

1 – ММКЦ «Коммунарка»

2 – РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность Крупные рандомизированные исследования CLASS, KLASS и JCOG подтвердили эффективность и безопасность лапароскопической хирургии рака желудка, сопоставимую с открытой операцией. Однако в Российской Федерации окончательные выводы о преимуществе лапароскопического метода остаются дискуссионными из-за различий в доступности технологий, распространённости местно-распространённых форм опухоли, коморбидного фона пациентов. Настоящее исследование направлено на сравнительный анализ ранних послеоперационных исходов лапароскопической и открытой резекции желудка в высокопотоковом онкологическом центре. Материал и методы Проведен ретроспективный анализ 508 пациентов, перенесших хирургическое лечение рака желудка в высокопотоковом онкологическом центре ММКЦ Коммунарка в период с октября 2022 года по декабрь 2024 года. Из них 387 пациентов составили лапароскопическую группу, 121 пациент – открытую группу. Оценивались демографические показатели, объём хирургического вмешательства, интра- и послеоперационные осложнения, а также патоморфологические характеристики удалённых опухолей. Результаты Доля мужчин была выше в открытой группе (68% vs. 51%, $p = 0.002$). В открытой группе чаще встречались пациенты с распространёнными стадиями опухолевого процесса (III–IV стадия: 50% vs. 23%, $p < 0.001$) и высоким анестезиологическим риском ASA III (40% vs. 22%, $p < 0.001$). В лапароскопической группе чаще выполнялась дистальная резекция (67% vs. 44%), тогда как в открытой группе гастрэктомия (47% vs. 22%, $p < 0.001$). Интраоперационная кровопотеря была ниже при лапароскопическом

вмешательстве ($73,6 \pm 7,1$ мл vs. 124 ± 29 мл, $p < 0.001$). Общие послеоперационные осложнения реже встречались в лапароскопической группе (15% vs. 32%, $p < 0.001$), частота тяжелых осложнений (III–V Clavien-Dindo) была ниже (8% vs. 16%, $p = 0.016$). Внутривентральное кровоизлияние чаще встречалось в открытой группе (5% vs. 0,5%, $p < 0.001$). Летальность была сопоставимой между группами (2,3% vs. 3,3%, $p > 0.05$). Количество метастатических лимфоузлов было выше в открытой группе ($2,62 \pm 0,8$ vs. $1,23 \pm 0,35$, $p < 0.001$). Частота радикальной (R0) резекции была выше в лапароскопической группе (98% vs. 91%, $p < 0.001$). Выводы Анализ показал, что лапароскопические радикальные вмешательства на желудке безопасны и эффективны. Обе группы имели сопоставимые онкологические результаты. Лапароскопические операции безопасны и позволяют ускорить восстановление в раннем послеоперационном периоде. В лапароскопической группе отмечено меньшее количество осложнений, что однако может быть обусловлено разнородностью групп, преимущественным выполнением гастрэктомий и более тяжелыми пациентами в открытой группе.

67. Лечение распространенного перитонита из лапароскопического доступа

Комков Н.А. (2), Гатилов В.А. (1), Штофин Г.С. (1),
Новиков С.С. (2), Штофин С.Г. (1)

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский
университет, городская клиническая больница №
25

Актуальность. В настоящее время хирургическое лечение острого аппендицита, острого холецистита и др. с использованием лапароскопического доступа является доминирующим в неотложной хирургии. Лечение таким же образом осложнений этих заболеваний в виде распространенного перитонита вызывает споры и сомнения в пользу операций из лапаротомного доступа, вплоть до лапаростомии. Ввиду этих обстоятельств выбор метода лечения распространенного перитонита, подходы к нему в свете персонализированной медицины являются весьма актуальными. Материалы и методы. В течение года в клинике (2023-2024 гг.) лечились 87 пациентов, (61,3%) от всех, с распространенными формами перитонита: диффузном 37 человек, разлитым - 50. Источником инфекции у 38 явился острый аппендицит, у 20 - острый холецистит, у 29 - прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. По характеру экссудата серозно-фибринозный был у 14, фибринозный - у 15, фибринозно-гнойный - у 10, гнойный - у 32, желчный - у 16. Сроки заболевания: до 12 часов 37 пациентов, до 24 часов - 40, позже 24 часов - 10. Все пациенты, оперированные

из лапароскопического доступа имели Майнгеймский индекс прогнозирования исхода перитонита менее 21 балла (1 степень). Уровень внутривентрального давления 1 степени отмечен у 69 пациентов, 2 степени - у 18. Оперативное вмешательство выполнялось по стандартной технологии: доступ, устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости двумя двупросветными трубками в подвздошных областях у 79 и у 8 пациентов дополнительными трубками в подреберьях, для осуществления лаважа брюшной полости. Полученные результаты. Осложнения после операций возникли у 10 пациентов (8,7%). Среди них: нагноение в области доступа у 7, эвентрация - у 2, кровоизлияние - у одного. Все осложнения успешно устранены. Летальных исходов не было. Среднее время операции составило 70 минут (диапазон 50-125 мин.), среднее время пребывания в клинике - 8,3 сут (диапазон 4-14). Выводы. Развитие эндовидеохирургических методов лечения и строгой селекции пациентов позволяет в части случаев прибегнуть к лапароскопическому доступу при распространенном перитоните соблюдая критерии эффективности и безопасности вмешательства. Эти особенности лапароскопических операций делают их сложной альтернативой открытому хирургическому пособию в алгоритме лечения распространенного перитонита.

68. Первый опыт лапароскопической эхинококкэктомии печени в России - как это было

Хамидов М.А.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский
университет

Первая видеолaparоскопическая холецистэктомия в Дагестане была выполнена профессором Хамидовым Ахмедом Исаевичем 6 апреля 1994 года в республиканской клинической больнице. Этим было положено начало эндовидеохирургии в республике. Активно стали внедряться другие виды лапароскопических вмешательств. С 1995 года автор данных строк начал выполнять видеолaparоскопическую эхинококкэктомию печени, самый большой накопленный опыт в стране был обобщен в докторской диссертации «Эндовидеохирургия гидатидозного эхинококкоза печени, которая успешно была защищена под руководством профессора Емельянова С.И. в Москве в 2002 году. Актуальность проблемы лечения эхинококкоза печени продиктована высокой распространенностью данного заболевания в эндемических зонах, превалированием среди больных лиц наиболее трудоспособного возраста, высоким процентом осложнений после открытых вмешательств и длитель-

ным сроком реабилитации. Целью исследования было улучшение результатов лечения гидатидозного эхинококкоза печени путем внедрения эндовидеохирургических технологий. Материал и методы. Важным считали соблюдение основных принципов хирургии эхинококкоза: апаразитарность и антипаразитарность, ликвидация остаточной полости печени, выявление и ликвидация цистобилиарных свищей, противорецидивная химиотерапия. Противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии печени считали: полное внутрипеченочное расположение кист; осложненный эхинококкоз в виде прорыва в желчные протоки и нагноения; кальцинирование стенок. Нами был обобщен и проанализирован опыт лечения 94 больных с эхинококкозом печени в возрасте 14 – 56 лет. Как показали наши исследования, процесс преимущественно локализовался в правой доле печени (V, VI, VII, VIII сегменты), размеры кист варьировали от 4 до 14,2 см. Использовалось стандартное лапароскопическое оборудование, доступ обеспечивался, как правило 4 троакарами. Для апаразитарной пункции кист использовались запатентованные устройства собственной конструкции, антипаразитарная обработка проводилась 25% раствором хлорида натрия. Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 48 минут, средний койко-день – 6,5 дней. В одном случае имела место конверсия на традиционный доступ в связи с поддиафрагмальной локализацией кисты. Среди всех наших больных лишь в одном случае имелся рецидив заболевания (0,9%). Важным техническим аспектом операции является адекватная ликвидация остаточной полости печени. На начальных этапах освоения метода (15 больных) мы пытались ликвидировать остаточную полость путем ее капитонажа и наружного дренирования. В последующем мы убедились, что данная методика является нецелесообразной в связи с высоким уровнем послеоперационных осложнений со стороны остаточных полостей (33%). Методом выбора ликвидации остаточной полости печени считаем способ абдоминализации (79 больных) с использованием ультразвуковой диссекции (48 больных), при условии тщательной эндовидеокопии остаточной полости печени. При таком подходе лишь в одном случае имело место инфицирование остаточной полости печени, оно было излечено пункционным способом. Выводы. Лапароскопическая технология является эффективным методом лечения цистного эхинококкоза печени при учете противопоказаний и неукоснительном выполнении всех технических принципов этой операции, а абдоминализация является предпочтительным способом ликвидации остаточной полости печени.

69. Эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков в лечение доброкачественных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны

*Котельникова Л.П. (1), Трушников Д.В. (2),
Батальцева А.М. (1)*

Пермь

- 1) ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера
- 2) Пермская краевая клиническая больница

Эндоскопическое ретроградное стентирование внепеченочных желчных протоков применяется в лечение доброкачественных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) как один из этапов или как самостоятельное мини-инвазивное вмешательство. Основными показаниями к его выполнению служат стриктуры гепатикохоледоха, осложненные механической желтухой, наружные желчные свищи. Цель - оценить эффективность эндоскопического ретроградного стентирования внепеченочных желчных протоков при доброкачественных поражениях ГПБЗ. Материалы и методы. С 2019 по 2024 годы в Пермской краевой клинической больнице выполнено 547 эндоскопических ретроградных стентирований желчных протоков 422 пациентам, из них у 69 по поводу доброкачественных заболеваний ГПБЗ. Соотношение мужчин и женщин составила 1:2, возраст колебался от 25 до 87 лет (медиана 67). В большинстве случаев использовали стенты Фанели и «double pig tail» диаметром 7-12 Fr и длиной от 5 до 10 см. После вмешательства пациентов наблюдали в течение 0,5-2 лет. По показаниям производили замену стентов через 2-5 месяцев. Результаты лечения оценивали по регрессу уровня билирубина, закрытию наружных желчных свищей, необходимости в дальнейшем «открытых» оперативных вмешательств. Результаты. Чаще всего стентирование применяли при наружных желчных свищах в результате несостоятельности культи пузырного протока (20), холедохостомы (9) на фоне или без резидуальных камней желчных протоков и/или неустраненного до холецистэктомии стеноза большого дуоденального сосочка (БДС). Реже установку стента производили при краевых дефектах общего печеночного, долевого, сегментарного протоков, которые возникли после лапароскопической холецистэктомии (6) и обширных резекций печени (6). После эндоскопической папиллотомии при необходимости выполняли литоэкстракцию. Проксимальный конец пластикового стента устанавливали выше дефекта в левый или правый долевого проток. При наличии холедохостомы и затруднении канюляции БДС проводили струну через наружный дренаж желчных протоков и использовали ее для введения папиллотомы (4). В двух случаях при возникновении кровотечения после эндоскопической папиллотомии был установлен отечественный саморасправляющийся нитиноловый частично покрытый стент диаметром 10 мм и длиной 60 мм. Кровотечение было остановлено. При несостоятельности культи пузырного протока, кра-

евых дефектах общего печеночного протока наружные желчные свищи закрылись через сутки после процедуры во всех случаях. У пациентов с билиарной гипертензией после ее устранения и стентирования протоков, а также при желчеистечении после обширных резекций печени наружные желчные свищи закрывались несколько позже через 2-3 дня, хотя дебит по наружному желчному свищу значительно уменьшался с первых суток. Пластиковый стент удаляли через 2-3 месяца, нитиноловый – через 7-10 дней. При доброкачественных стриктурах гепатикохоледоха, которые сопровождались развитием механической желтухи, проводили струну, выполняли баллонную дилатацию и устанавливали за сужение пластиковый стент. Его замену выполняли через 3-4 месяца у всех пациентов от трех до семи раз, но не менее трех. После удаления стента через 1,5-2 года от начала лечения рецидив стриктуры гепатикохоледоха возник у трех пациентов. Двое из них были оперированы, им был наложен гепатикоеюно-анастомоз на выключенной по Ру петле. Одному снова установлен стент в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Двоим пациентам по поводу первичного склерозирующего холангита замена стентов проводится уже в течение трех и четырех лет. Выводы: Эффективность стентирования в лечение наружных желчных свищей составила 100%, стриктур гепатикохоледоха - 89,3%. Части пациентов с рубцовыми сужениями желчных протоков потребовалась повторная установка стента или выполнение «открытого» оперативного вмешательства.

**70. Профилактика спайкообразования
в брюшной полости после лапароскопической
резекции ректосигмоидного отдела толстой
кишки в критической зоне P. Sudeck**

*Магомедов А.М., Магомедов М.А.,
Магомедов Х.М., Курбанова З.В.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. На основании анатомических исследований P.Sudeck считал, что в ректосигмоидном отделе толстой кишки существует критическая зона недостаточного кровоснабжения, которая в плане спайкообразования не изучена. Профилактика спайкообразования с учётом критической зоны P. Sudeck в брюшной полости является актуальной проблемой. Целью работы является профилактика спайкообразования в брюшной полости при хирургическом лечении рака ректосигмоидного отдела толстой кишки с учётом критической зоны P. Sudeck. Материалы и методы исследования. В работе приведены результаты резекций ректосигмоидного отдела толстой кишки с формированием межкишечных анастомозов

у 27 больных с учётом критической зоны P. Sudeck. Из них, 12 больных группы сравнения перенесли резекцию кишки и формирование межкишечного анастомоза без введения противоспаечных средств и без исследования гемоциркуляции. У 15 больных основной группы после этой операции в брюшную полость введён 1%- 0,04 мл раствор вископлюса на 1 кг веса больного в 20 мл физиологического раствора (патент RU 2736164) и 1 мл прозерина для профилактики спайкообразования, межкишечные анастомозы сформированы с исследованием кровяного давления по М.З.Сигалу в стенке кишки, а также определением насыщения гемоглобина артериальной крови в зоне межкишечного анастомоза разработанным нами аппаратом (патент № RU 2581266 C2). Результаты исследования. Наши исследования показали повышение интрамурального кровяного давления в стенке кишки после введения вископлюса и прозерина. У 15 больных основной группы при лапароскопической резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки и формирования межкишечного анастомоза в зоне адекватной гемоциркуляции (патент RU 2 687650 C2) после применения раствора вископлюса и прозерина не было несостоятельности швов анастомозов и спайкообразования. У 12 больных группы сравнения после этой операции раствор вископлюса и прозерина не применяли и у больных данной группы обнаружена несостоятельность швов у 2 больных и спайкообразование у 5 больных. Выводы. После резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки и формирования межкишечных анастомозов по поводу рака в критической зоне P.Sudeck введение раствора вископлюса и прозерина предупреждает спайкообразование в брюшной полости в послеоперационном периоде.

**71. Гибридные операции в urgentной
абдоминальной хирургии с использованием
рентгенэндоваскулярных технологий**

*Рогаль М.М. (1), Ярцев П.А. (1), Спасский А.А. (1),
Елоховский Р.В. (1), Тетерин Ю.С. (1),
Стинская Н.А. (1), Ткешелашвили Д.Т. (1),
Татарникова Е.В. (1)*

Москва

ГБУЗ «НИИ СП им Н.В. Склифосовского ДЗМ», пл.
Суваревская Б., д.3, 129090, Москва, Россия

Актуальность. За последние годы основной парадигмой в лечении пациентов с urgentной абдоминальной патологией стало использование органосохраняющих лечебных стратегий. Рентгеноконтрастная ангиография и эндоваскулярная хирургия занимают особое место в диагностике и лечении экстренных пациентов с абдоминальной хирургической патологией и травмой. Сочетание возможно-

стей интервенционной радиологии и минимально инвазивных оперативных вмешательств является одной из основных направлений развития хирургической помощи в многопрофильных стационарах. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости путем изучения возможностей гибридных оперативных вмешательств с применением рентгенэндоваскулярных технологий. Материалы и методы. С марта 2023 года по февраль 2025 года в НИИ СП им Н.В. Склифосовского находилось на лечении 14 пациентов, которым были выполнены гибридные минимально инвазивные оперативные вмешательства с использованием рентгенэндоваскулярных технологий. Из 14 пациентов у 4 (28,6%) была диагностирована абдоминальная травма с повреждением паренхиматозных органов. У 2 (50%) пациентов была выявлена травма печени труднодоступной локализации II степени по AAST и гемоперитонеум, еще у 2 (50%) пациентов была выявлена травма селезенки II степени по AAST и гемоперитонеум. Преобладали мужчины - 75%. Средний возраст в группе пациентов с абдоминальной травмой составил $34,7 \pm 5,7$ лет. У 4 (28,6%) было диагностировано желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) различной локализации с высоким риском рецидива. В данной группе так же преобладали мужчины - 75%. Средний возраст - $64,5 \pm 4,1$ лет. И у 6 (42,9%) пациентов - острое нарушение мезентериального кровообращения (тромбоз верхней брыжеечной артерии). В данной группе преобладали женщины - 66,7 %. Средний возраст - $71,6 \pm 3,2$ лет. Результаты. Пациентам с повреждением печени (2) и селезенки (2) были выполнены гибридные оперативные вмешательства: суперселективная эндоваскулярная эмболизация источника кровотечения и видеолaparоскопия с оценкой эффективности эндоваскулярного гемостаза и санацией гемоперитонеума. Среднее время оперативных вмешательств - $72 \pm 3,8$ мин. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Все пациенты были выписаны. Среднее время стационарного лечения - $6,5 \pm 2,3$ суток. Пациентам с ЖКК (4) выполнялось: эндоскопический гемостаз и эндоваскулярная эмболизация источника кровотечения. Среднее время оперативных вмешательств - $80 \pm 5,6$ мин. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Все пациенты были выписаны. Среднее время стационарного лечения - $4,7 \pm 2,3$ суток. Пациентам с мезентериальным тромбозом (6) выполнялось: эндоваскулярная тромбэкстракция и лапароскопия/лапаротомия. Среднее время оперативных вмешательств - $128 \pm 4,2$ мин. Выписано 3 (50%) пациента, 3 (50%) пациента умерло. Среди осложнений интоксикационный синдром и декомпенсация коморбидной патологии. Среднее время стационарного лечения - $12,3 \pm 4,5$ суток. Обсуждение. Гибридные оперативные доступы в лечении urgentных заболеваний и травм стали применяться в практике крупных стационаров. Однако пока проведено не так много исследований преимуществ их использования. Основываясь на имеющихся данных из зарубежных источников и нашего опыта, гибридные операции отвечают принципам полноты,

быстроты и качества оказываемой помощи. Выводы. Внедрение гибридных операционных и возможность одномоментного проведения хирургических вмешательств из разных доступов приводит к снижению уровня хирургической агрессии. Рекомендации. Гибридные оперативные вмешательства показаны пациентам только со стабильной гемодинамикой. Тактика применима лишь в крупных многопрофильных стационарах. Требуется проведение дальнейших исследований преимуществ предложенной тактики.

**72. Профилактика спайкообразования
в брюшной полости после лапароскопических
операций при кишечной непроходимости
в критической зоне F.Trevs**

*Магомедов А.М., Магомедов М.А.,
Магомедов Х.М., Курбанова З.В.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Актуальность. На основании анатомических исследований F. Trevs считал, что терминальный отдел тонкого кишечника является зоной недостаточного кровоснабжения. В литературе имеются сообщения о том, что спайкообразованию способствует ишемия органов брюшной полости. Профилактика спайкообразования с учётом критической зоны F. Trevs в брюшной полости является актуальной проблемой. Целью работы является профилактика спайкообразования в брюшной полости. при хирургическом лечении кишечной непроходимости в критической зоне F. Trevs. Материалы и методы исследования. В работе приведены результаты резекций тонкой кишки при кишечной непроходимости и формирования межкишечных анастомозов у 41 больного. Из них 16 больных контрольной группы перенесли резекцию кишки и формирование межкишечного анастомоза без введения противоспаечных средств и без исследования гемоциркуляции. У 25 больных основной группы после этой операции в брюшную полость введён раствор 1%-0,04 мл раствор вископлюса на 1 кг веса больного в 20 мл физиологического раствора и 1 мл прозерина для профилактики спайкообразования и межкишечные анастомозы сформированы с исследованием кровяного давления по М.З.Сигалу в стенке кишки, а также определением насыщения гемоглобина артериальной крови в зоне межкишечного анастомоза. Результаты исследования. Наши исследования показали повышение интрамурального кровяного давления в стенке кишки после введения вископлюса и прозерина. У 25 больных основной группы при лапароскопической резекции тонкой кишки и

формирования межкишечного анастомоза после применения раствора вископлюса и прозерина не было несостоятельности швов анастомозов и спайкообразования. У 16 больных группы сравнения после этой операции раствор вископлюса и прозерина не применяли и у больных данной группы обнаружена несостоятельность швов у 2 больных и спайкообразование у 6 больных. Вывод. После резекции тонкой кишки и формирования межкишечных анастомозов в условиях кишечной непроходимости в критической зоне F.Treves введение раствора вископлюса и прозерина предупреждает спайкообразование в брюшной полости.

73. Эндоскопические возможности в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений

*Рыбачков В.В. (1), Дряженков И.Г. (1),
Гужков О.Н. (1,2), Дубровина Д.Е. (1),
Козлов М.С. (2), Парунов С.И. (2), Лось И.П. (2),
Садовская А.В. (1)*

Ярославль

- 1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России
- 2) Государственное автономное учреждение здравоохранения Ярославской области «Клиническая бол

Актуальность: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенная патология в хирургических стационарах. У 10–35% больных ЖКБ выявляется холедохолитиаз (ХЛТ), приводящий к развитию тяжелых осложнений в виде механической желтухи, холангита и панкреатита. Лечение ЖКБ и ее осложнений продолжает оставаться актуальной проблемой. Современный период лечения ЖКБ, в том числе и холедохолитиаза является эндоскопическим. «Золотым стандартом» лечения ЖКБ считается лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Наиболее распространенный метод ликвидации холедохолитиаза, осложненного механической желтухой – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. Материал и методы: Проведена оценка результатов применения хирургических и эндоскопических методов лечения ЖКБ и ее осложнений у 5272 больных в возрасте от 19 до 98 лет за последние 6 лет в специализированном хирургическом стационаре, занимающимся лечением пациентов с билиарной патологией. Получены результаты и обсуждение: За этот период времени оперировано 2607 (49,5%) больных при не осложненном течении ЖКБ в виде холецистэктомии. Преимущество отдавали лапароскопическому методу. Традиционным способом холецистэктомия выполнена 266 больным, лапароско-

пическая – 2341 (89,8%). Умерло 10 (0,4%) больных (9 после «открытой» холецистэктомии и 1 – после ЛХЭ). У 483 пациентов (9,2%) имелось осложненное течение ЖКБ в виде ХЛТ. У всех пациентов были признаки билиарной гипертензии, в большинстве наблюдений проявляющейся желтухой и холангитом у 42,4% больных. В 342 (70,8%) наблюдениях выполнена ЭПСТ канюляционным у 205 (59,9%) больных или неканюляционным (смешанным) способом – у 137 (40,1%) с литоэкстракцией (эффективность 51,5%). У 283 (82,75%) пациентов ЭПСТ явилась окончательным методом лечения, а у 59 (17,25%) – способом предоперационной подготовки. Больным с эффективным результатом лечения ХЛТ по показаниям вторым этапом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. Осложнения после ЭПСТ наблюдали у 9 больных в виде деструктивного панкреатита с летальным исходом в 2 случаях, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки у 1 пациента с летальным исходом. Летальность после ЭПСТ составила 0,9%. 160 больному (33,1%) выполнена «открытая» или лапароскопическая (43 пациентов (26,9%) холедохолитотомия. Она проводилась у больных, когда ЭПСТ была невозможна или не принесла должного эффекта. При холедохолитотомии после удаления конкрементов для профилактики оставленных камней у 27 больных (16,9%) выполнена интраоперационная холедохоскопия (холедохофиброскоп «Olympus»). В 7 наблюдениях при эндоскопическом осмотре выявлены камни желчных протоков, что потребовало их удаления. Отмечено, что за последние 2 года наблюдений количество лапароскопических холедохолитотомий увеличилось и их отношение к «открытым» холедохолитотомиям составило 38,2%. После холедохолитотомии летальные исходы наблюдали у 7 больных (4,4%) с тяжелой сопутствующей патологией, возникновением печеночной недостаточности и геморрагического синдрома. Летальность при операциях по поводу ХЛТ составила 2,1%. Общая летальность при ЖКБ и ее осложнениях составила (0,4%). Выводы: Эндоскопические методы являются приоритетными в хирургии ЖКБ и ее осложнений. При лечении пациентов с холедохолитиазом эндоскопические методики были использованы в 85,3% наблюдений. Из 3090 больных при желчнокаменной болезни и ее осложнениях оперированы с применением эндоскопических методов 2753 (89,1%) пациентов.

74. Результаты комплексного минимально-инвазивного лечения обширных первичных и вторичных опухолей печени [Results of complex minimally invasive treatment of extensive primary and secondary liver tumors]

Воронцов О. (1,2), Мюллер Т. (1), Мухин И.В. (2),
Радефф Б. (1), Грэб К. (1), Vorontsov O. (1,2),
Mueller Th. (1), Mikhin I.V. (2), Radeff B. (1),
Graeb C. (1)]

Германия, Хоф, 2) Волгоград [1) Hof, 2) Volgograd]

1) Сана Клиникум Хоф,
2) ВолГМУ
[1) Sana Klinikum Hof, 2) VSMU]

Актуальность. Хирургическое лечение первичных опухолей печени, таких как холангио- и гепатоцеллюлярной карциномы, а также внутриспеченочных метастазов колоректального рака, является единственной курабельной опцией, позволяет значительно продлить жизнь пациентов. Современные минимально инвазивные способы лечения позволяют увеличить количество пациентов, которым может быть выполнена радикальная резекция, коррекция послеоперационных осложнений. Материалы и методы. В 2024 году в Сана Клиникум Хоф выполнено 11 роботических обширных резекций печени: 4 левосторонние гемигепатэктомии, 5 правосторонних гемигепатэктомий, 2 бисегментэктомии справа. Основанием для обширных резекций явились солитарные или множественные метастазы колоректального рака, локализованные в одной из долей печени (n=7), гепатоцеллюлярная карцинома печени (n=3), холангиокарцинома (n=1). У 2 пациентов развилась желчная фистула, у 1 - симптомы холангита и сепсиса, купированные консервативно. Средний койко-день составил 7,5, летальных исходов не было. Мы хотим представить 2 наиболее интересных случая, в которых подробно описаны активное участие интервенционных радиологов и эндоскопистов, многоэтапная предоперационная подготовка и хирургические вмешательства. Пациентка Х., 56 лет, при УЗИ-брюшной полости, КТ с внутривенным контрастированием, МРТ печени диагностировали единичную опухоль до 6 см на границе сегментов VIII/IVa. На колоноскопии - наличие субтотально стенозирующей опухоли на высоте 28 см ab ano. Гистологическое исследование: микросателлитно-стабильная аденокарцинома сигмовидной кишки. Пункция внутриспеченочного образования: солитарный метастаз колоректального рака. Была выполнена роботическая (da Vinci XI System) передняя резекция прямой кишки с лимфодиссекцией, тотальной мезоректумэктомией и первичным анастомозом. Выписана на 4 сутки после операции. Пациентке была проведена периоперативная химиотерапия, 6 циклов по протоколу FOLFOX+Cetuximab. Контрольные КТ и МРТ печени не выявили новых метастатических очагов, а размеры известного метастаза уменьшились до 4,5 см. После окончания химиотерапии выполнена эмболизация правой ветви воротной вены с доказанной 35

процентной гипертрофией левой доли печени через 21 день. Затем была выполнена роботическая функциональная правосторонняя гемигепатэктомия. Развившаяся билиома была дренирована под УЗИ и после фрустрированной попытки установки эндоскопического стента в холедох, была излечена установкой ЧЧХС через левую долю печени. Пациентка выписана на 8 сутки после операции. Пациентка О, 78 лет, поступила для верификации ранее диагностированного при УЗИ внутриспеченочного образования размером 6 см в VII сегменте. При УЗИ с внутривенным контрастированием и трехфазным КТ верифицирована холангиокарцинома в сегментах VI и VII. АФР 1207 мг/л. Пункция печени под контролем УЗИ подтвердила диагноз холангиокарциномы, МРТ печени - единичный метастаз холангиокарциномы 1,5 см в III сегменте. Была выполнена роботическая резекция печени с метастазом. Гистологически подтверждена резекция в здоровых тканях. Пациентка была выписана через 3 дня, через 1 неделю выполнена эмболизация правой ветви воротной и правой печеночной вены. Через 22 суток после эмболизации, при выраженной гипертрофии левой доли печени на КТ и МРТ (более 28%), проведена роботическая правосторонняя гемигепатэктомия с гладким послеоперационным периодом. Пациентка выписана через 7 суток. Обсуждение. Исследование OSLO-COMET показало, что роботическая хирургия печени безопасна и эффективна и должна в ближайшем будущем стать "золотым стандартом". Хотя безрецидивная и 5-летняя общая выживаемость статистически одинаковы в группах роботических и открытых операций, имеются преимущества минимально инвазивной хирургии в ближайшем послеоперационном периоде. Вывод: при лечении опухолей печени безрецидивная и общая выживаемость могут быть улучшены за счет использования роботического вмешательства, особенно в сочетании с интервенционными радиологическими и эндоскопическими процедурами.

**75. Хирургическая помощь больным
с механической желтухой опухолевого генеза
в условиях городской многопрофильной
больницы скорой помощи**

Муминов К.Д. (1), Асельдеров Ю.А. (1,2),
Большаков С.В. (1), Бигачева В.А. (1),
Жилин С.А. (1,2), Захаров Д.В. (1,2),
Туркова И.В. (1), Уханов А.П. (1,2), Шульга В.Ю. (1).

Великий Новгород

1. Центральная городская клиническая больница
2. Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого

Актуальность. Проблема разрешения механической желтухи опухолевого генеза, которая наблюдается у 30 - 70 % больных с обструкцией желчных путей является достаточно актуальной. Данная патология требует неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящих путей и больные часто госпитализируются в экстренном порядке в хирургический стационар для проведения оперативного лечения. Материал и методы. В период с 2020 по 2024 годы в Центральную городскую клиническую больницу Великого Новгорода, которая является многопрофильным стационаром скорой помощи, поступили 145 больных с механической желтухой опухолевой этиологии в возрасте от 44 до 95 лет. Средний возраст составил 50,9 + 3.8 года. Мужчин было 64, женщин — 81. Давность заболевания варьировала от 2 суток до 18 суток. По уровню обструкции желчных протоков у 21 (14,5 %) больного был проксимальный блок и у 124 (85, 5 %) пациентов дистальный блок. Алгоритм обследования больных включал тщательный анализ клинических и анамнестических данных, лабораторную диагностику, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, магниторезонансную холангиопанкреатографию, эзофагогастродуоденоскопию с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Результаты: Все 145 больных оперированы, при этом у 53 больных выполнено наружное дренирование и 92 пациентов внутреннее дренирование желчных путей. При выполнении наружного дренирования желчного пузыря у 32 больных в 20 случаях использовали чрескожную установку катетера под ультразвуковой навигацией и у 12 больных с помощью видеолапароскопии. Внутреннее дренирование желчных путей проводили лапаротомным доступом у 92 больных при этом 55 больных наложен холецистоэнтероанастомоз, у 36 гепатикоэюноанастомоз и у 1 больного холедоходуэноанастомоз. Всем больным проводилось биопсийное или цитологическое исследование с целью верификации онкологической патологии. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 8 больных (5,5 %), в том числе 3 дислокации дренажа при холецистостомии, 1 желчный перитонит, 2 эвентрации кишечника, 1 ранняя послеоперационная кишечная непроходимость и 1 абсцесс печени. Умерло после операции 22 больных (15,1

%). Выводы: При оказании хирургической помощи пациентам с механической желтухой опухолевой этиологии следует использовать персонализированный подход к каждому больному. Медицинская помощь данной категории больных должна проводиться по мультидисциплинарному принципу. Диагностические мероприятия должны проводиться в максимально короткие сроки, при этом следует отдавать приоритет современным методам интроскопии таким как ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магниторезонансная томография, магниторезонансная холангиопанкреатография, эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

**76. Постхолецистэктомический синдром в виде
рефлюкс-гастрита**

Газиев Р.М., Омарова Х.З., Газиева З.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. Желчнокаменная болезнь, осложненная рефлюкс-гастритом, часто сочетается и патогенетически связана с такими состояниями, как гастродуоденит, язвенная болезнь, хроническая дуоденальная непроходимость. Учитывая распространенность желчнокаменной болезни, нередкое сочетание ее с рефлюкс-гастритом и отсутствие единых взглядов на решение диагностических и тактических вопросов определяет актуальность в современной хирургической гастроэнтерологии. Цель исследования: обосновать алгоритм обследования пациентов с желчнокаменной болезнью в дооперационном и отдаленном послеоперационном периодах. Материал и методы. За период 2012 – 2023 гг. нами оперировано 620 больных с желчнокаменной болезнью. Из них в 57 случаях наблюдали холедохолитиаз, у 6 пациентов – стриктура терминального отдела холедоха, 9 – билиарный панкреатит, 2 – индуративный панкреатит и в 1 случае – рак головки поджелудочной железы. В плановом порядке оперировано 606 пациентов, в срочном – 13, в экстренном - 2. Объем операции: у 618 больных – холецистэктомия. Из них 570 (92,2%) пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В 49 случаях выполнена холедохолитотомия с дренированием холедоха по Керу, 6- холедоходуэноанастомоз по Юрашу – Виноградову и в 3- холецистоэюноанастомоз по Монастырскому. Гастродуоденоскопия до операции выполнена была только у 15% больных, когда наблюдались проявления механической желтухи. Нас беспокоили послеоперационное состояние пациентов, поэтому через 3 месяца после операции проведено контрольное обследование 330 (40%)

больных, из них 30 (3,6%) обратились самостоятельно. Результаты. Гастродуоденоскопия выявила в 118 случаях антральный гастрит с неполным закрытием пилорического жома и рефлюксом желчи в желудок. В 107 случаях обнаружен зияющий привратник с дуоденогастральным рефлюксом желчи, с гиперемией и эрозиями в пилорическом канале. В 2-х случаях выявлены поверхностные язвы в проекции пилорического жома. У 103 пациентов, перенесших холецистэктомию, эндоскопически патологии не выявили. Спустя 6 месяцев, т.е. через 3 месяца после последнего осмотра и проведенного курса консервативной терапии, было приглашено 257 пациентов для повторного осмотра. Явились только 164 пациента. Жалобы на периодические болевые ощущения в правом подреберье и в эпигастриальной области отмечались в 27 случаях. При гастродуоденоскопии в 72 случаях выявлено частичное зияние пилорического жома с забросом желчи в желудок. Явления дистального гастрита сохранялись у 14 пациентов. Эрозий и язв не выявлено. При подозрении на хроническую дуоденальную непроходимость в 5 случаях выполнена рентгенологическое исследование желудка и 12 перстной кишки, при котором у 2-х диагностирован бульбостаз, у 3-х сегментарная хроническая функциональная дуоденальная непроходимость. Им рекомендованы повторные курсы консервативной терапии 2 – 3 раза в течении года. Выводы. Рефлюкс гастрит после операций по поводу желчнокаменной болезни занимает высокий удельный вес в развитии постхолецистэктомического синдрома. Предложенная тактика позволяет ускорить диагностику, своевременно провести курс медикаментозного лечения, в случае необходимости, определить показания и оптимальный объем оперативного вмешательства.

**77. Причины несостоятельности
чрескожной эндоскопической гастростомы
в послеоперационном периоде и меры их
профилактики**

Миронов А.В., Гурциев М.Х., Маликова В.Д.

Москва

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

Актуальность. Согласно классификации Clavien-Dindo тяжелые осложнения после чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ), требующие оперативного вмешательства, возникают в 1,8-5% случаев. Одним из таких осложнений является несостоятельность гастростомы. Цель и задачи исследования. Проанализировать причины несостоятельности гастростомы в послеоперационном периоде после ЧЭГ, потребовавшие оперативного лечения, и возможные меры их профилактики. Материалы и методы исследования. За 2019- 2024 годы в НИИ скорой

помощи им. Н.В. Склифосовского ЧЭГ была выполнена 438 больным, находящимся в отделении реанимации. Послеоперационные осложнения, потребовавшие оперативного вмешательства, возникли у 14 пациентов (3,2 %). Мужчин было 10 (71,4 %), женщин 4 (28,6 %). Средний возраст больных составил 47,5 лет. Оперативное вмешательство ЧЭГ выполнялось по стандартной методике «на себя» по Gauderer– Ponsky. Для выявления осложнений пациентам проводились динамическое наблюдение и инструментальные методы исследования - УЗИ и рентгенологическое исследование органов брюшной полости на 1-3-7 сутки послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения были разделены на осложнения раннего (первые 7 суток) и позднего (более 7 суток) послеоперационного периода. Результаты исследования. Послеоперационные осложнения развились у 14 пациентов (3,2%). Непроизвольная дислокация гастростомической трубки констатирована у 8 больных (57,2%), причем в 2 случаях она сопровождалась отхождением стенки желудка от передней брюшной стенки. У 6 пациентов (42,8%) диагностирован пролежень от внутреннего упора гастростомической трубки. Ранние осложнения наблюдались у 5 пациентов (28,6 %) и поздние – у 9 (71,4%). В раннем послеоперационном периоде в 4 случаях (80%) осложнения возникли из-за дислокации гастростомической трубки вследствие психомоторного возбуждения. В 1 случае (20%) осложнения возникли из-за пролежня от внутреннего упора гастростомической трубки на фоне чрезмерного ее подтягивания, которое вызвало смещение фиксирующего элемента. В позднем послеоперационном периоде осложнения возникли в связи с образованием пролежня от внутреннего упора гастростомической трубки у 5 пациентов (55,5%) и в 4 случаях (44,5%) из-за дислокации гастростомической трубки, причиной которой явилось психомоторное возбуждение пациента. Заключение. Таким образом, несостоятельность эндоскопической гастростомы в послеоперационном периоде выявлена в 3,2% случаев. Причинами явились нарушения техники фиксации наружного упора гастростомической трубки и психомоторное возбуждение больного. На основании анализа выявленных осложнений, для их профилактики необходима корректная установка наружного упора гастростомической трубки и надежная ее фиксация к передней брюшной стенке предотвращающая ее дислокацию.

**78. Применение лапароскопических технологий
в лечении эхинококкоза печени**

*Рахмонзода К.Р., Камилов Г.Т., Султонов Р.Б.,
Додихудоев Р.А., Нурзода М.М., Раджабов С.А.*

Душанбе, Таджикистан

Городской центр экстренной медицинской
помощи

Актуальность: В эндемических зонах эхинококкоз печени является актуальной проблемой, так как не смотря на достижения современной хирургии, до сих пор высока частота диагностических ошибок, осложнений и неудовлетворенности отдаленными результатами хирургического лечения данной патологии. Материал и методы исследования: Изучены результаты диагностики и лечения 117 больных с эхинококкозом печени, перенесшим хирургическое вмешательство в ГУ «Городской центр экстренной медицинской помощи» г. Душанбе в период с 2017 по 2024 года. Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет. Мужчин было 68 (58%), женщин 49 (42%). Единичные кисты имели место в 93% случаев, множественные кисты имелись у 24(20,5%) больных. Диаметр кист достигал от 4,0 см до 18 см. Локализация эхинококковых кист в большинстве случаев 84(72%) отмечена в правой доле, в левой доле кисты имелись в 29(25%) случаях, и в обеих долях печени в 4(3%) случаях. Всем 117 (100%) пациентам выполнены лапароскопические вмешательства с использованием различных хирургических техник. В целях диагностики проведены общелабораторные и биохимические анализы крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки, КТ, МРТ и диагностическая лапароскопия. Результаты и обсуждение: Лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия была выполнена 22(18,8%) пациентам, эхинококкэктомия с резекцией печени у 6(5,1%) пациентов, лапароскопическая открытая эхинококкэктомия проведена 81(69,2%) пациенту, тотальная перицистэктомия в 8(6,8) случаях. В 6 наблюдениях при прорыве эхинококковой кисты в желчные протоки на первом этапе была выполнена ЭРХПГ + ПСТ с удалением оболочек кисты из общего желчного протока и восстановление пассажа желчи. Продолжительность операции составила от 60 до 100 минут. В раннем послеоперационном периоде в 8 (6,8%) наблюдениях имело место незначительное желчеистечение из контрольного дренажа, которое самостоятельно прекратилось на 4-6-е сутки, а у 6 (5,1%) больных отмечено развитие абсцедирования остаточной полости. Во всех случаях абсцессы были санированы под контролем УЗИ. случаев конверсии и летальных исходов не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Выводы и рекомендации: Применение малоинвазивных технологий в лечении эхинококкоза печени позволяет не только улучшить результаты хирургического лечения данной группы больных, но, и дает возможность ликвидировать развившиеся осложнения в короткие сроки. В лечении данного контингента больных предпочтение должно

отдаваться лапароскопическим и миниинвазивным (под контролем УЗИ) методам лечения.

**79. Опыт применения торакоскопических
вмешательств в лечении эхинококкоза легких**

*Рахмонзода К.Р., Камилов Г.Т., Султонов Б.Дж.,
Икромов Б.А., Султонов Р.Б.*

Душанбе, Таджикистан

Городской центр экстренной медицинской
помощи

Актуальность: Эхинококкоз является одним из актуальных хирургических патологий. При всех современных методах профилактики зоонозных инфекций результаты диагностики, лечения и профилактики этой патологии, до сих пор, остаются неудовлетворительными. В частности, таких не столь распространенных форм, как эхинококкоз легких. Материал и методы исследования: Проанализированы результаты хирургического лечения 22 больных с эхинококкозом легких, пролеченных в ГУ «Городской центр экстренной медицинской помощи» г. Душанбе в период с 2019 по 2024гг. Возраст больных варьировал от 22 до 65 лет. Женщин было – 15 (68%) мужчин – 7 (32%) Минимальный размер кисты составил 4,0см. в диаметре, максимальный 12см. Одиночные кисты отмечены в 19(86,4%) наблюдениях, множественные кисты у 3(13,6%) больных. В большинстве случаев, 13(68%) больных, эхинококковые кисты располагались в различных долях правого легкого, в 5(22,5%) случаях в различных долях левого легкого и в 2(9,5%) наблюдениях имел место распространенный эхинококкоз левого и правого легкого. Всем 22 больным выполнены торакоскопические вмешательства различной сложности. На диагностическом этапе больным выполнены общестандартные исследования, а при необходимости КТ, МРТ, диагностическая бронхо- и торакоскопия. Результаты и обсуждение: Идеальная торакоскопическая эхинококкэктомия, сегментарная или бисегментарная была выполнена в 3(13,6%) случаях. В 17 случаях (77,3%) выполнена открытая эхинококкэктомия, включающая в себя 11 эпизодов субтотальной перицистэктомии и 6 случаев тотальной перицистэктомии. В 1-ом случае при установленном прорыве содержимого эхинококковой кисты в бронхиальное дерево, первоначально выполнена санационная бронхоскопия с удалением хитиновых оболочек из бронха, в 2-х отдельных случаях выполнен комбинированный метод эхинококкэктомии из легкого включающий в себя торакоскопический и бронхоскопический этапы. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 75 мин. В послеоперационном периоде развитие бронхиального свища отмечено в 1 (4,5%) случае. Про-

лечен консервативно, закрылся на 15-ые сутки. Случаев перехода на открытую торакотомию и летальных исходов не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Выводы и рекомендации: Таким образом, не смотря на достижения современной фарминдустрии все еще есть случаи развития нетипичных форм зоонозов. Применение в их хирургическом лечении торакоскопии, бронхоскопии и их совокупности позволяет улучшить результаты хирургического лечения данной группы больных, снизить частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и сроки стационарного лечения этой группы больных.

80. Опыт хирургического лечения осложнений хронического панкреатита в условиях городской многопрофильной больницы

*Жилин С.А. (1,2), Захаров Д.В. (1,2),
Уханов А.П. (1,2), Большаков С.В. (1),
Асельдеров Ю.А. (1,2), Муминов К.Д. (1),
Туркова И.В. (1), Михайлютенко Н.А. (1),
Саломатина А.А. (1)*

Великий Новгород

1. Клиника №1 ГБОУЗ «Центральная городская клиническая больница» Великий Новгород
2. Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) –патологический фиброзно-воспалительный синдром поджелудочной железы (ПЖ), при котором у лиц с генетической предрасположенностью, под действием факторов внешней среды и/или других факторов риска, развивается устойчивая патологическая реакция на повреждение паренхимы ПЖ или стресс, приводящая на поздней стадии ХП к атрофии и фиброзу ПЖ, болевому синдрому, деформации и стриктурам протоков, кальцификатам, экзокринной и эндокринной дисфункции. Данная патология отличается длительным рецидивирующим течением, сопровождается высокими цифрами временной нетрудоспособности, инвалидизации и ухудшением качества жизни больных. Цель. Изучить результаты хирургического лечения осложнений хронического панкреатита в условиях городской многопрофильной больницы. Материал и методы: В хирургическом отделении Клиники №1 Центральной городской клинической больницы Великого Новгорода за период с 2019 по 2024 год оперировано 143 больных по поводу хронического панкреатита и его осложнений. Мужчин было 96 (78,7 %), женщин 26 (21,3 %). Диагностика хронического панкреатита осуществлялась на основании тщательного анализа жалоб, анамнеза, данных объективного физикального и лабораторного обследования, результатов интроскопического исследования,

которое включало ультрасонографию, по показаниям компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, магниторезонансную холангиопанкреатографию, фиброгастродуоденоскопию с осмотром большого дуоденального сосочка. Результаты: Псевдокисты поджелудочной железы были наиболее частым проявлением хронического панкреатита и наблюдались у 120 (83,9 %) больных. Наружное дренирование псевдокисты выполнено 76 больным, при этом у 35 пациентов оно осуществлено под ультразвуковой навигацией. Лапароскопическое наружное дренирование псевдокисты выполнено у 21 больного и у 20 пациентов дренирующие операции выполнены путем чревосечения. Внутреннее дренирование псевдокисты поджелудочной железы выполнено у 21 больного, при этом у 14 пациентов произведена панкреатикостомия и 7 больных выполнена панкреатикоэнтеростомия. Такое осложнение хронического панкреатита как прорыв псевдокисты поджелудочной железы в свободную брюшную полость наблюдался у 23 больных и явился показанием к экстренной операции. Лапаротомное вмешательство выполнены у 7 человек, лапароскопическое наружное дренирование псевдокисты с санацией и дренированием брюшной полости осуществлено у 6 пациентов, двухэтапное лечение проведено у 10 больных. У 12 (8,4 %) больных течение хронического панкреатита было осложнено механической желтухой, в связи с чем наружное дренирование желчных протоков в объеме холецистостомии под ультразвуковой навигацией выполнено у 5 больных. Внутреннее дренирование желчных протоков в виде наложения билиодигестивных анастомозов выполнено у 7 больных, при этом в 3 случаях наложен гепатико(хоledoхо)анастомоз по Ру и у 4 больных выполнена холецистоэнтеростомия с брауновским соустьем. Оперировано 8 (5,6 %) пациентов с аррозивными кровотечениями из псевдоаневризм ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. У 1 одного больного выполнено лапароскопическое наружное дренирование псевдокисты при состоявшемся аррозивном кровотечении в ее полость. У 7 пациентов осуществлена лапаротомия, прошивание кровоточащего сосуда, При наличии протоковой гипертензии и расширении протока ПЖ за счет его стриктур или камней на уровне шейки, тела и хвоста ПЖ и отсутствии фиброзного перерождения головки и крючковидного отростка у 2 (1,4 %) больных выполнена операции продольной панкреатоеюностомии. У 1 больного (0,7 %) при фиброзной трансформации головки ПЖ, панкреатической гипертензии, обусловленной вирсунолитиазом стриктурой терминального отдела вирсунгова протока субтотальная резекция головки поджелудочной железы с продольной панкреатикоэнтеростомией (операция Фрея). Выводы: При наличии псевдокисты поджелудочной железы оптимальным способом лечения является ее внутреннее дренирование, наружное дренирование должно применяться при подозрении на абсцедирование, либо при высоком операционно – анестезиологическом риске. Наружная холецистохолангиостомия и эндобилиарное стентирование должны рассматриваться, как временная мера направленная на

разрешение синдрома механической желтухи у больных с хроническим панкреатитом, являясь фактически одним из этапов предоперационной подготовки к резекционным вмешательствам. При аррозивных кровотечениях из бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии при условии стабильной гемодинамики предпочтительны рентгенэндоваскулярные вмешательства, при их отсутствии или низких показателях системной гемодинамики решение вопроса в пользу экстренной лапаротомии. Лапароскопические вмешательства возможны, но лишь у небольшой группы больных.

81. Опыт лапароскопической eTAP-герниопластики в лечении паховых грыж

Асельдеров Ю.А. (1,2), Большаков С.В. (1),
Жилин С.А. (1,2), Захаров Д.В. (1,2),
Леонов А.И. (1,2), Муминов К.Д. (1),
Туркова И.В. (1), Уханов А.П. (1,2)

Великий Новгород

1. Клиника №1 ГБУЗ «Центральная городская клиническая больница» Великий Новгород
2. Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Актуальность лапароскопической eTAP-герниопластики в лечении паховой грыжи связана с высокой распространённостью заболевания, которая поражает чаще людей трудоспособного возраста, потому есть потребность в эффективных методах устранения данного дефекта. Данный подход предлагает использовать минимально инвазивные технологии, которые уменьшают травматизацию тканей и ускоряют реабилитацию. Цель. Провести сравнительный анализ результатов eTAP и TAPP герниопластики в плановом и экстренном лечении паховых грыж. Материал и методы. В период с 2020 по 2024 годы в плановом порядке оперировано 907 больных с паховыми грыжами, из которых у 716 (78,9 %) больных выполнена лапароскопическая герниопластика и у 191 (21,1 %) больных пластика по Лихтенштейну. В 2024 году в хирургическом отделении освоена и заняла лидирующую позицию eTAP герниопластика паховых грыж. За истекший год из 110 операций e-TAP выполнена у 56 больных, TAPP- у 54, и у 10 пациентов выполнена герниопластика по Лихтенштейну. В экстренном порядке по поводу ущемленных паховых грыж за этот же период оперировано 266 больных, при этом у 100 больных операция проведена эндовидеохирургическим доступом, в том числе в 88 случаях использована TAPP и в 12 случаях eTAP герниопластика. Результаты: Послеоперационных осложнений после eTAP герниопластик, как среди оперированных в экстренном так и плановом порядке не наблюдалось. Средний период пребывания в больнице составил 1,8 дня Среди

716 больных, которым выполнена TAPP герниопластика в плановом порядке осложнения отмечены у 8 больных (1,1 %), в 1 случае повреждение мочевого пузыря и в 7 случаях гематомы и серомы в паховой области. У больного с повреждением мочевого пузыря выполнена релапароскопия, ушивание дефекта мочевого пузыря с последующим благоприятным исходом. Среди 88 больных, которым выполнена TAPP в экстренном порядке у одного пациента сформировалась гематома брюшной стенки вследствие аррозии нижней эпигастральной артерии, потребовавшая релапароскопии и лигирования артерии с последующим благоприятным исходом. Средний койко-день после TAPP герниопластики составил 3,2 дня. Выводы: Исходя из нашего небольшого опыта, можно сделать вывод, что лапароскопический eTAP метод паховой герниопластики является достаточно эффективным и безопасным способом лечения паховых грыж. Однако необходим дальнейший набор клинического материала с целью более объективной сравнительной оценки различных методов лапароскопической паховой герниопластики

82. Опыт миниинвазивной и открытой аппендэктомии по данным регионального хирургического стационара

Пайзе О.Н., Тонеев Е.А., Щеголев В.Ю.,
Богонюк Д.В., Семенов Д.А.

Ульяновск

УлГУ

Актуальность: острый аппендицит остается одной из самых распространенных хирургических патологий, требующих неотложного вмешательства. Своевременная диагностика и адекватное хирургическое лечение играет ключевую роль в предотвращении тяжелого течения данного заболевания. В последние годы важной проблемой является выбор метода операции, который зависит от множества факторов, включая тяжесть заболевания, состояние пациента и доступность современных технологий. Материалы и методы: в исследование были включены данные о 249 пациентах, прооперированных по поводу острого аппендицита в период с 01.01.2024 года по 31.12.2024 года на базе хирургического отделения ГУЗ УОКЦСВМП г. Ульяновск. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемого метода хирургического вмешательства: лапароскопическая аппендэктомия (188 пациентов) и открытая аппендэктомия с доступом по Волковичу-Дьяконову (61 пациент). Оценка хирургических осложнений проводилась по шкале Clavien-Dindo. Результаты: Однофакторный статистический анализ показал, что острый аппендицит чаще всего встречается в возрастной группе 18-50 лет

(85%), при этом распределение между мужчинами и женщинами было практически равномерное 122 и 127 (49% против 51%) соответственно. Время от начала заболевания до госпитализации в стационар составило от 2 до 98 часов, с наиболее частым интервалом 15-24 часа (52% случаев). С диагнозом аппендицит под вопросом было госпитализировано 29 человек (11,6%) которым в процессе динамического наблюдения в течении 6 часов был выставлен соответствующий диагноз и выставлены показания для хирургического лечения. Лейкоцитоз как одно из основных проявления было отмечено у 224 (90%) нейтрофилез у 199 (75%), ускоренная СОЭ 211 (85%). Диспепсические явления были следующие: тошнота 42 (17,7%), рвота 36 (14,5%) . Симптом Кохера 176 (70,7%). Осложнения возникли у 2 пациентов (0,4%), которым была проведена релапаротомия и цекостомия. Продолжительность хирургического вмешательства в группе лапароскопических вмешательств составила в среднем 30 минут, а в группе открытых вмешательств - 40 минут ($p=0.01$). Кровопотеря при обоих подходах была минимальна. Средняя продолжительность пребывания после лапароскопии: 4.5 дней, после открытой операции: 6.2 дней ($P=0.0123$). Послеоперационные осложнения отмечались у пациентов после лапароскопических вмешательств следующие: Grade 0- I – у 160(85,1%), Grade II -17 (6,8%), Grade IIIA – 10 (5,3%), Grade IIIB -1 (0,5%), более тяжелых осложнений не отмечалось, летальных исходов в течении 30-суток не выявлено. Осложнения после открытых вмешательств были распределены следующим образом по классификации Clavien-Dindo: Grade 0- I – у 40 (65,5%), Grade II -13 (21,3%), Grade IIIA – 7 (13,1%), Grade IIIB -1 (1,6%). Летальных исходов, а также повторных госпитализаций в течении 30 суток после выписки из стационара после открытых вмешательств не зарегистрировано. Распределение по морфологическому типу было следующее: после лапароскопических вмешательств: катаральный аппендицит - 62 (33%), флегмонозный - 85 (45%), гангренозный - 41 (22%). После открытых: катаральный аппендицит - 19 (31%), флегмонозный - 28 (46%), гангренозный - 14 (23%) ($p=0.178$). Выводы: острый аппендицит чаще всего диагностируется у пациентов в возрасте от 18 до 50 лет, вне зависимости от пола. Продолжительность операции и госпитализации варьировалась в зависимости от метода вмешательства, однако значимых различий в исходах лечения не отмечено. Основной морфологический тип аппендикита - флегмонозный. Осложнения встречались редко, а послеоперационный период характеризовался благоприятным течением.

83. Ригидная бронхоскопия при криобиопсии заболеваний легких и средостения

Гасанов А.М. (1,2), Першина М.О. (1),
Ярцев П.А. (1), Котанджян В.Г. (1),
Карчевская Н.А. (1), Ибавов И.У. (1)

г. Москва

1. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

г. Москвы

2. ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, г. Пенза

Ригидная бронхоскопия впервые была применена в 1897 году немецким врачом Густавом Киллианом, который использовал ее для удаления инородного тела из бронха. Впоследствии этот метод стал неотъемлемой частью в современной пульмонологии при диагностике у пациентов с заболеваниями легких и средостения. По данным исследования Г.С. Беляева и соавторов (2020) ригидная бронхоскопия, как метод доступа, демонстрирует высокую результативность и надежность, обеспечивая успешное выполнение операций и диагностических манипуляций. Цель исследования Оценить возможность и безопасность применения ригидной бронхоскопии при диагностике заболеваний легких и средостения. Материалы и методы исследования В период с февраля 2023 по июнь 2024 года в условиях скоромощного стационарного комплекса (ССК) на базе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было выполнено 361 ригидных бронхоскопий, из них 83 (23%) при диагностике заболеваний легких и средостения с применением криобиопсии, в том числе с применением эндобронхиальной ультрасонографии. Из 83 наблюдений мужчин – 42 (50,6%) женщин – 41 (49,3%). Средний возраст составил 54 [21-81] года. Ригидную бронхоскопию с последующей биопсией выполняли у 30 (36,1%) пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, при новообразованиях - 41 (49,4%), диагностика отторжения после трансплантации легких (ТЛ) - 8 (9,6%), лимфоаденопатии средостения - 4 (4,8%). При лимфоаденопатии средостения тубус ригидного бронхоскопа устанавливался на 4-5 см выше карины для получения доступа к лимфоузлам верхнего средостения, при интерстициальных заболеваниях на 1-2 см от карины для выполнения манипуляций в бронхах, при новообразованиях в зависимости от локализации опухоли на 2-3 см проксимальнее новообразования, у пациентов после ТЛ тубус устанавливался с учетом анатомических особенностей после ТЛ. Результаты У каждого пациента при постановке тубуса ригидного бронхоскопа в совокупности выполняли следующие инвазии: EBUS, трансbronхиальная криобиопсия, взятие бронхо-альвеолярного лаважа и остановка кровотечения 1-2 методами (инстиляция раствором адреналина и баллонная дилатация) после биопсии. У 71 (85,5) % пациента после взятия биопсии отмечалось низкоинтенсивное кровотечение, наличие открытого доступа в виде тубуса ригидного бронхоскопа позволило выполнить предварительную установку бал-

лонного окклюдера в просвет бронха с моментальным гемостазом. Время экспозиции составило от 60 до 120 секунд. Пневмоторакс развился у 11 пациентов (13,3%) с интерстициальными заболеваниями легких – 5 (6%), новообразованиями – 7 (8,4%). Минимальный пневмогидротракс выявлен – в 3 наблюдениях (1,2%) при интерстициальных заболеваниях и не требовал дополнительного вмешательства. Средняя длительность операции ригидной бронхоскопии с эндобронхиальной ультрасонографией и криобиопсией составило $33,5 \pm 15,4$ минуты. Среднее количество койко-дней составило 8 ± 10 . Осложнений, связанных с установкой тубуса ригидного бронхоскопа, не было. Заключение. Применение ригидной бронхоскопии в условиях скорой помощи стационарного комплекса демонстрирует свою эффективность и безопасность при диагностике заболеваний легких и средостения, позволяет оптимизировать время вмешательства, обеспечить стойкий и своевременный гемостаз, что способствует снижению риска развития осложнений.

84. Результаты хирургического лечения острого панкреатита в условиях городской многопрофильной больницы скорой помощи

Захаров Д.В. (1,2), Асельдеров Ю.А. (1,2),
Большаков С.В. (1), Жилин С.А. (1,2)
Канева А.Ю. (1), Леонов А.И. (1,2),
Муминов К.Д. (1), Саломатина А.А. (1),
Туркова И.В. (1), Уханов А.П. (1,2)

Великий Новгород

1. Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород
2. Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Актуальность. Проблема лечения острого панкреатита является одной из сложных и весьма актуальных в экстренной хирургии органов брюшной полости. За последнее пятилетие заболеваемость острым панкреатитом неуклонно растет и выходит на одно из первых мест среди форм «острого живота» при этом почти у половины больных преобладают тяжелые формы заболевания, которые сопровождаются высокими цифрами, как общей так и послеоперационной летальности. Цель. Провести оценку распространенности данного заболевания и результаты лечения больных в условиях городской многопрофильной больницы скорой помощи Великого Новгорода. Материал и методы. За период с 2020 по 2024 годы в Центральной городской клинической больнице, которая оказывает экстренную хирургическую помощь в формате 24/7 жителям Великого Новгорода и 8 прикреплённых районов с населением 360 тысяч человек, проводилось лечение 748 больных острым панкреати-

том из которых 337 (45 %) поступили в сроки позже 24 часов от начала заболевания. Все больные жаловались на боли в животе, у 60 % наблюдалась тошнота и рвота, у 33 % больных отмечена гипертермия. Практически половина больных связывала развитие заболевания с приемом алкоголя отмечали и погрешностями в диете. У 20 % больных в анамнезе была желчнокаменная болезнь. Алгоритм обследования больных включал тщательный анализ клинических и анамнестических данных, лабораторную диагностику, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, фиброгастродуоденоскопию. Диагноз острого панкреатита ставили при сочетании минимум двух из следующих признаков: а) типичная клиническая картина (интенсивные боли опоясывающего характера, рвота, вздутие живота; б) УЗИ: увеличение размеров, снижение эхогенности, наличие свободной жидкости в брюшной полости; в) гиперферментемия (амилаза, липаза) в три раза и более выше нормы, гипокальциемия 268 (35,8 %) больных из общего числа 748 пациентов с острым панкреатитом оперировано, при этом у 51 (19,0 %) больного выполнены открытые вмешательства у 217 пациентов (81,0 %) осуществлены малоинвазивные операции в том числе у 130 пункционно-дренирующие операции под ультразвуковой навигацией и 87 пациентов с помощью лапароскопии. Результаты. Проведенный анализ заболеваемости больных острым панкреатитом показал, что за истекшее пятилетие острый панкреатит вышел на третье место по числу госпитализаций в общехирургический стационар, уступая лишь острому холецистит и острому аппендициту. Следует также отметить, что внедрение обязательного интроскопического исследования больных является значительным подспорьем в распознавании воспалительных изменений в поджелудочной железе и установления диагноза острого панкреатита. Если раньше больной с некупируемым болевым синдромом в верхнем отделе живота госпитализировался в хирургическое отделение на основании клинко-лабораторных данных обследования с диагнозом так называемого отечного панкреатита, то сейчас диагноз подтвержденный инструментальным исследованием был более объективным и позволял назначить специальное лечение в более короткие сроки. Значительные изменения в последние годы претерпела и тактика ведения больных острым панкреатитом. Если ранее при оперативном лечении использовались лапаротомии, то в течение последних 5 лет соотношение лапаротомий и малоинвазивных вмешательств, в частности лапароскопий и пункционно-дренирующие процедуры под контролем УЗИ составляет 1: 4. Послеоперационная летальность при остром панкреатите составила 27,5% при открытых операциях (14 из 51 оперированного больного) и 3,7 % при малоинвазивных хирургических вмешательствах (8 из 217 оперированных больных). Выводы: Лечение пациентов с острым панкреатитом является сложной, длительной и дорогостоящей задачей. В лечении больных следует более широко проводить мининвазивное лечение с использованием пункционно-дренирующих

вмешательств под ультразвуковой навигацией и этапную некрсеквестрэктомию с использованием лапароскопии. Успехов в лечении можно добиться только при мультидисциплинарной работе хирургов, анестезиологов, врачей лучевой диагностики.

85. Хирургическая тактика при лечении больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж

Цап С.В., Чернядьев С.А.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО Уральский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность. В исследованиях показан рост послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) и увеличение частоты рецидивов при каждой последующей герниопластике. Отмечена тенденция к развитию дефектов передней брюшной стенки (ПБС) больших и гигантских размеров с «потерей домена», что повышает риск осложнений и рецидивов. В современной герниологии продолжен поиск новых методов, способных повысить качество хирургической коррекции больших и гигантских ПОВГ. Материалы и методы. Грыжесечения по технологии Transversus Abdominis Release (TAR) Novitsky Y.W. et al. были выполнены 28 пациентам. Все пациенты имели анатомическую особенность ПБС в виде «выпирающих» боковых областей по типу «лягушачьего живота», что обусловлено: 1/ методикой операции при пересечении поперечной мышцы, как следствие её атрофия, утрата функции, 2/ трансапоневротической фиксацией импланта в 4 точки. При рубцовых изменениях и/или крайне больших размерах грыжевого дефекта часть сетчатого импланта не удавалось закрыть передним и/или задним листком апоневроза, что приводило не к реконструкции, а протезирующей пластике sub-lay bridge. В клинике разработана, внедрена и запатентована оригинальная методика грыжесечения при больших и гигантских ПОВГ. Герниопластика данным способом выполнена 65 пациентам. Пересечение поперечной мышцы выполнялось только как дополнение к собственной методике. Сформированы 3 группы исследования: контрольная (КГ, n=28) – метод TAR Novitsky; основная (ОГ, n=40) – оригинальная методика; сравнения (ГС, n=25) – оригинальная методика дополнена пересечением поперечной мышцы. Группы сопоставимы по большинству критериев. Частота рецидивов в ОГ вдвое выше ГС и в 6 раз выше КГ. По 4-5 рецидивов имели только пациенты ОГ (p=0,038). Минимальная площадь грыжевых ворот отмечена в КГ, увеличивается в ОГ (p = 0,031), достигает максимума размеров в ГС (p = 0,014). Полученные результаты. Хирургический этап. Продолжительность операции в КГ 154±39 минут, в

ОГ 190±54, в ГС 229±64. Элементы абдоминопластики в 1,5 раза чаще в ОГ (p<0,001) и в 8 раз чаще в ГС. Сопоставимы показатели по наличию местного очага хронической инфекции (p=0,016). Аспирационное дренирование к импланту и ПЖК в 3 раза чаще в ОГ и ГС. Послеоперационный период. Восстановительный период у пациентов КГ 15±1 дней, максимум установлен в ГС (лог-ранк тест p=0,003). Аспирационное дренирование в КГ 8 дней, в ГС в 1,5 раза больше (p=0,03), в ОГ 11±2 дней. Период антибактериальной терапии сопоставим в ГС и ОГ (7 дней), в ГС 10 дней (p=0,02). Осложнения по Clavien-Dindo: во всех группах преобладала 3а степень (40% и >, p=0,964). В ГС чаще 2 ст. тяжести (44%, p=0,002) и 4а (28%, p=0,018). Обсуждение. Риски увеличения продолжительности госпитализации - пол пациента (в 1,79 раза выше у женщин), площадь грыжевого дефекта - рост в 1,002 раза при увеличении площади грыжевого дефекта на 1 см². Риск увеличения срока аспирационного дренирования при увеличении площади грыжевого дефекта на 1 см² возрастает в 1,002 раза. Риск увеличения ИТ в РАО для ГС в любой момент времени в 2,39 раза превышал таковой в КГ. Оценки Каплан-Майера в отношении длительности обезболивания «по требованию» не выявили значимых различий. В ГС риск развития осложнений возрастает. Выводы. Наиболее продолжительное восстановление отмечалось у пациентов ГС. Частота и степень тяжести послеоперационных осложнений зависели от способа оперативного вмешательства, снижением этих показателей и отличается оригинальная методика. Прогностический риск осложнений возрастает при увеличении площади грыжевого дефекта, увеличении времени хирургического вмешательства, пола пациента и наличия аспирационного дренирования. Рекомендации. Оригинальная техника грыжесечения эффективна в реконструкции ПБС при любых размерах грыжевых дефектов. При трудности закрытия дефекта технология дополняется пересечением поперечной мышцы живота. Аспирационное дренирование ограничить кратковременным дренированием ПЖК. Обоснованы навигационные пункционные методы диагностики и лечения сером.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

86. Результаты эндохирургического лечения пациентов с синдромом Мириizzi

Коровин А.Я., Трифанов Н.А., Нарсия В.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель. Оценить результаты применения эндохирургии в лечении синдрома Мириizzi. Материал и методы. Пролечено 64 пациента у которых выявлен синдром Мириizzi (СМ). У больных отмечался длительный анамнез холецистолитиаза, механическая желтуха – у 63 больных, болевой синдром с температурой тела от субфебрильной до гектической. При ЭРХГ– выявлялась причина обструкции, наличие фистулы и локализация конкрементов. При УЗИ выявлялись косвенные признаки СМ. Результаты. Первым этапом выполнялась ЭРХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). При наличии холедохолитиаза (у 56 больных) – выполнялась максимально возможная холедохолитэкстракция (ЭХЛЭ). При наличии обструкции холедоха назобилиарное дренирование. В последующем выполнялась лапароскопическая операция. У больных с 1 типом СМ (40 пациентов) выполнена лапароскопическая холецистэктомия с отсечением пузыря на уровне шейки, извлечением из шейки конкремента и глухим швом культи. При 2 типе СМ (6 больных) произведена лапароскопическая холецистэктомия от дна с отсечением желчного пузыря на уровне шейки, выполнена пластика холедоха за счет оставшихся стенок желчного пузыря непрерывным глухим рассасывающимся швом (эндохирургический вариант операции Прибрама). У пациентов с 3 типом СМ (18 больных), у 6 больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия от дна с оставлением 10 мм участка шейки желчного пузыря на холедохе и извлечением конкрементов из холедоха через широкую фистулу. Проводилась ревизия холедохоскопом, операции закончены пластикой дефекта холедоха непрерывным швом на дренаже Кера. У 12 пациентов с выраженным инфильтратом, выполнена холецистотомия, холецистолитэкстракция, чрезпузырная холедохоскопическая ревизия желчных путей, широкая пузырно- холедохоальная фистула не разобщалась. Рана желчного пузыря ушита на дренаже. ЭРХГ, ЭПСТ и ЭХЛЭ должны выполнять не только диагностическую функцию, но и подготовить наиболее благоприятные условия для выполнения лапароскопического этапа. При выполненной ЭПСТ, и отсутствии сужения при пластике за счет оставленных стенок культи желчного пузыря, дренирование холедоха не обязательно (а также возможно на назо- билиарном дренаже). Заключение. Эндобилиарная хирургия является приоритетной в диагностике и лечении больных СМ. При комплексном подходе обеспечивается высокая эффективность, малая травматичность, при хороших результатах лечения, сопоставимых с таковыми при традиционных методах хирургической коррекции предоставленной патологии.

87. Роль видеоторакоскопии в лечении механических повреждений пищевода с медиастинитом и эмпиемой плевры

*Рабаданов К.М., Черноусов Ф.А., Николаева Е.Б.,
Татарина Е.В.*

Москва

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

Актуальность: механические повреждения пищевода сопровождаются тяжелыми гнойными осложнениями (90%) и высокой летальностью, достигающей 60%. Методы лечения повреждений пищевода варьируют от консервативной терапии до открытых вмешательств. В последние годы особый интерес вызывают минимально инвазивные методы лечения, а именно видеоторакоскопия (ВТС), которая позволяет достичь более благоприятных исходов и ранней активизации пациентов. Цель: оценить эффективность видеоторакоскопии в лечении механических повреждений пищевода с медиастинитом и эмпиемой плевры. Материалы и методы: с 2017 по февраль 2025г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 57 пациентов с механическими повреждениями пищевода различной локализации и этиологии с применением ВТС. Средний возраст пациентов составил $61,2 \pm 12,5$ лет, мужчин было 42 (73,7%), женщин 15 (26,3%). Этиология механических повреждений пищевода была разнообразной: спонтанный разрыв - 46 пациентов (80,7%), инструментальный разрыв - 11 (8,8%), гидравлический разрыв пищевода – 2 (3,5%), перфорация пищевода инородным телом - 1 (1,8%), перфорация язвы искусственного пищевода - 1 (1,8%), перфорация эпифренального дивертикула -1 (1,8%), перфорация опухоли пищевода -1 (1,8%). Результаты и обсуждение: у 34 из 57 пациентов произведена ВТС, санация плевральной полости и заднего средостения в сочетании с чрескожной эндоскопической гастростомией (ЧЭГ) и внутрипросветной эндоскопической вакуумной терапией (ЭВТ). У 10 пациентов выполнена ВТС, санация плевральной полости и заднего средостения в сочетании с лапаротомией, ушиванием дефекта пищевода, фундопликацией, гастростомией. Видеоторакоскопия, санация плевральной полости и заднего средостения выполнено 5 больным с медиастинитом, эмпиемой плевры, которые были оперированы в другом лечебном учреждении (лапаротомия, ушивание дефекта пищевода). У 4 пациентов произведена видеолaparоскопия (ВЛС), ушивание дефекта пищевода, фундопликация, гастростомия, ВТС, санация заднего средостения, плевральной полости. У 2 пациентов выполнена ВТС, резекция грудного отдела пищевода, эзофагостомия, гастростомия. В 1 наблюдении произведена резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом, гастростомия, ВТС, санация плевральной полости, заднего средостения. Пациенту с разрывом нижне-грудного отдела пищевода длиной около 6 см, некрозом стенки пищевода, медиастинитом, 2 сторонней эмпиемой плевры произведена правосторонняя торакотомия, резекция грудного

отдела пищевода, санация средостения и плевральной полости, эзофагостомия, гастростомия, ВТС, санация левой плевральной полости и заднего средостения. У 8 пациентов (14%) произведена повторная ВТС, санация плевральной полости в связи с ограничением инфицированных скоплений жидкости, прогрессированием интоксикации. Выводы: видеоторакоскопия в лечении механических повреждений пищевода с медиастинитом эмпиемой плевры и является наиболее эффективным методом, позволяющим адекватно санировать инфицированную плевральную полость, выполнить широкую медиастинотомию, удалить некротизированную клетчатку заднего средостения, эффективно дренировать плевральную полость и заднее средостение. Использование ВТС позволило снизить летальность с 48% до 21 %, а среднюю продолжительность пребывания пациента в стационаре с 63 до 32 суток. Заключение: видеоторакоскопия в лечении механических повреждений пищевода с медиастинитом и эмпиемой плевры показала высокую эффективность и безопасность, позволила улучшить результаты лечения.

**88. Непосредственные клинические результаты
удаления гигантских (? 90 мм) новообразований
толстой кишки методом диссекции
в подслизистом слое**

*Даххаев Г.А., Федоренко А.А., Павлов П.В.,
Кирюхин А.П., Тертычный А.С., Рамазанова М.Л.*

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
УКБ № 2

Актуальность. Прошло более 20 лет с тех пор, как в Японии впервые была разработана эндоскопическая подслизистая диссекция (ESD). ESD позволяет полностью удалять поверхностные новообразования желудочно-кишечного тракта единым блоком, независимо от размера и расположения опухолей. Благодаря усовершенствованию методов и оборудования были достигнуты отличные терапевтические результаты, несмотря на присущие этой процедуре технические сложности. [1] Многочисленные исследования показали убедительное превосходство ESD по достижению R0 резекции, а значит - и минимальной встречаемости местных рецидивов опухоли в сравнении с другими эндоскопическими методами. [2] Для любого эндоскопического метода не характерна высокая частота таких тяжелых осложнений как: перфорация стенки кишки и интенсивное внутрибрюшное или кишечное кровотечение, что благоприятно сказывается на сокращении сроков госпитализации и стоимости лечения. [3] В нашей работе макроскопический тип новообразования

традиционно оценивался согласно Парижской классификации эпителиальных неоплазий [4], локализация - согласно анатомическим ориентирам, гистологический тип опухоли и степень дисплазии определялась в соответствии с классификацией ВОЗ опухолей ЖКТ (2019) [5]. Для определения уровня инвазии использовалась классификация Японского общества по изучению колоректального рака [6]. Малигнизацию новообразования определяли при наличии структур аденокарциномы, инвазирующих в подслизистый слой с оценкой глубины и ширины инвазивного компонента опухоли, измеряемых в микрометрах (по классификации Ueno H.). Оценку краев резекции проводили в соответствии с рекомендациями ESGE [7]. ESD относится к органосохраняющим вмешательствам, и потому качество жизни пациента чаще всего не страдает, при сохранении высоких клинических результатов [8]. Цель работы. Представление и анализ клинических результатов лечения пациентов с гигантскими эпителиальными новообразованиями толстой кишки в колопроктологическом стационаре УКБ№2 Сеченовского Университета. Материалы и методы. В отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ №2 Сеченовского университета в период с 2019 по январь 2025 было выполнено 366 ESD в толстой кишке, из которых были выделены и проанализированы результаты лечения 35 пациентов с эпителиальными новообразованиями диаметром ? 90 мм в максимальном измерении. Стоит отметить, что перед каждым оперативным вмешательством проводился мультидисциплинарный онкологический консилиум, соответствующий критериям JGES 2019 г. - по лечению колоректального рака. Пациенты перед эндоскопическим вмешательством проходили необходимое обследование, включавшее: консультации профильных специалистов, анализы крови, лучевые методы исследования (КТ, МРТ), УЗИ, ЭКГ и прочее. После выполнения вмешательства оценивались такие показатели как: гистологическая полнота резекции (R0), онкологическая радикальность резекции (степень дифференцировки опухоли, глубина инвазии не более SM1, отсутствие лимфатической и сосудистой инвазии Lv-; опухолевое почкование Bd ?1), наличие интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, безрецидивный период. Эндоскопическую мукозэктомию с диссекцией в подслизистом слое выполняли на видеоэндоскопических стойках японского производства, с помощью видеоэндоскопов с прозрачным дистальным колпачком и дополнительным каналом подачи воды, возможностью узкоспектрального осмотра и увеличения. Для инсуффляции в просвет кишки использовали только углекислый газ. Методика операции заключалась в следующем: по инструментальному каналу эндоскопической иглой в подслизистый слой выполнялась инъекция коллоидного изотонического раствора или натрия хлорида 0,9%, подкрашенного раствором индигокармина (1:5000) с целью лифтинга слизистой оболочки. Добавление в раствор для инъекции красителя помогало в визуализации элементов подслизистого слоя. Краситель не взаимодействует со слизистой оболочкой и мышечным слоем, тем

самым облегчает ориентировку в тканях вовремя вмешательства. Эндоскопическими ножами FineMedix тип Q, I с открытой или изолированной режущей кромкой выполнялось рассечение слизистой оболочки и волокон подслизистого слоя. Режимы резания и коагуляции чередовались в ходе операции - в зависимости от непосредственной ситуации. При визуализации крупных сосудов выполнялась их коагуляция с помощью специализированных щипцов с последующим пересечением. Результаты. Средний возраст пациентов $66,6 \pm 10,1$ (M \pm SD); Средний размер новообразования составил $120 \pm 23,41$ мм (M \pm SD); Среднее время операции составило $375,6 \pm 176,7$ мин (M \pm SD); Полнота резекции единым блоком (гистологическая) составила 91% (32/35), лечебная полнота резекции (R0) составила 88% (31/35); Интраоперационная перфорация толстой кишки констатирована у 5 (20%) пациентов, частота интраоперационных кровотечений - 16 (64%) пациентов. У 6 (17%) пациентов с циркулярным и полукруговым послеоперационным дефектом слизистой оболочки диагностирована стриктура, которым было выполнено от 2 до 6 сеансов баллонной дилатации. Распределение выполненных операций по отделам толстой кишки выглядит следующим образом (таблица №1): прямая кишка 80% (n=28), сигмовидная кишка 11% (n=4); нисходящая кишка 3% (n=1); поперечно-ободочная кишка 6% (n=2); Распределение по гистологическому типу новообразований было следующим: тубулярно-ворсинчатая аденома с легкой и тяжелой дисплазией эпителия (TVA LG и HG) была отмечена у 28 (80%) пациентов; аденокарцинома с инвазией pT1sm1 или с наличием факторов риска отмечена у 4 (11%) пациента; традиционная зубчатая аденома с легкой и тяжелой дисплазией эпителия (TSA LG и HG) - у 3 (9%) пациенту. Распределение пациентов согласно Парижской классификации (определяющей макроскопический тип новообразования) представлена следующим образом: 0-IIa+Is 29(83%); 0-IIa+IIs 2(6%); 0-Is 1 (3%); 0-IIa 3 (8%). Выводы. Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое гигантских новообразований толстой кишки (размером более 90 мм) технически трудна, занимает значительное количество времени, но при наличии опыта и подготовленности эндоскопической службы позволяет избежать больших полостных хирургических вмешательств. Полученные результаты нашего исследования позволяют утверждать, что ESD является методом выбора в лечении крупных эпителиальных новообразований толстой кишки вследствие своей высокой безопасности, надежности и сохранения функции оперируемого органа. Литература 1) Yamamoto H. Endoscopic submucosal dissection--current success and future directions. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2012 Sep;9(9):519-29. doi: 10.1038/nrgastro.2012.97. Epub 2012 Jun 5. PMID: 22664591. 2) Pimentel-Nunes, P., Mour?o, F., Veloso, N., Afonso, L., J?come, M., Moreira-Dias, L., & Dinis-Ribeiro, M. (2014). Endoscopy, 46(11), 933-940 doi:10.1055/s-0034-1377348 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25019970/ 3) Sakamoto T, Mori G, Yamada M, Kinjo Y, So E, Abe S, Otake Y, Nakajima T, Matsuda T, Saito Y. Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms: a review.

World J Gastroenterol. 2014 Nov 21;20(43):16153-8. doi: 10.3748/wjg.v20.i43.16153. PMID: 25473168; PMCID: PMC4239502. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239502/ 4) The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon Participants in the Paris Workshop, Gastrointestinal Endoscopy, Volume 58, Issue 6, S3 - S43 https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(03)02159-X/fulltext 5) WHO Classification of Tumors Editorial Board. Digestive system tumors. 5th ed. Lyon (France): IARC; 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7003895/ 6) Tanaka S, Kashida H, Saito Y, Yahagi N, Yamano H, Saito S, Hisabe T, Yao T, Watanabe M, Yoshida M, Saitoh Y, Tsuruta O, Sugihara KI, Igarashi M, Toyonaga T, Ajioka Y, Kusunoki M, Koike K, Fujimoto K, Tajiri H. Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Dig Endosc. 2020 Jan;32(2):219-239. doi: 10.1111/den.13545. Epub 2019 Dec 27. PMID: 31566804. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31566804/ 7) Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022 Authors: Pedro Pimentel-Nunes, Diogo Lib?nio, Barbara A.J. Bastiaansen, Pradeep Bhandari, Raf Bisschops, Michael J. Bourke, Gianluca Esposito, Arnaud Lemmers, Roberta Maselli, Helmut Messmann, Oliver Pech, Mathieu Pioche, Michael Vieth, Bas L.A. M. Weusten, Jeanin E. van Hooft, Pierre H. Deprez, Mario Dinis-Ribeiro https://www.esge.com/endoscopic-submucosal-dissection-update-2022/ 8) Федоренко А.А., Павлов П.В., Кирюхин А.П., Тертычный А.С. Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое в практике колопроктологического стационара. Первые результаты: одноцентровый опыт. Эндоскопическая хирургия. 2023;29(6):52-61.

89. Диссекция грыжевого мешка при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

Ганков В.А. (1,2), Андреасян А.Р. (1,2),
Шестаков Д.Ю. (2,1), Ручейкин Н.Ю. (1,2),
Ветошкин А.А. (2), Ушууров Д.А. (2,1)

Барнаул

(1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России,
(2) КГБУЗ БСМП № 2

Актуальность. В настоящее время продолжается дискуссия о технических приемах по удалению грыжевого мешка при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД): полностью или частичное иссечение, медиально-латеральная или латерально-медиальная диссекция. Поскольку общепризнанно, что оставленный грыжевой мешок является одним из существенных факторов реци-

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

дива ГПОД. Материал и методы. Анализирована техника видеолапароскопических операций у 213 больных. Из них грыжи I типа, 1-2 степени были у 65 чел., II типа - у 3 чел., III типа, 3 степени - у 108 больных, IV типа, большие и гигантские - у 37 чел. Использовалась техника как медиально-латеральной, так и латерально-медиальной диссекции для иссечения грыжевого мешка. Результаты. Во всех наблюдениях грыжевой мешок был полностью удален. Пришли к заключению, что выбор метода диссекции зависит от объема грыжевого мешка. При грыже пищевода 1 степени, реже 2 степени, I типа грыжевой мешок мало выражен и фактически не виден при низведении желудка. В этой ситуации предпочтение отдавали медиально-латеральной диссекции. Мобилизацию начинали с малой кривизны желудка по передней стенке на 2-3 см ниже пищеводно-желудочного перехода непосредственно у стенки желудка путем отсечения малого сальника по типу прекардиальной ваготомии с переходом на угол Гиса. Грыжи пищевода 3, 4 степени II, III, IV типа имеют сформированный грыжевой мешок, который четко виден после вправления содержимого в брюшную полость, и он в основном образуется при растяжении париетальной брюшины по передней и боковым поверхностям пищеводно-диафрагмальной мембраны, поскольку по задней стенке пищевода между ножек диафрагмы её нет. В этом случае при выборе оптимальной техники мобилизации значительное преимущество дает латерально-медиальная диссекция. В видимой части по вершине дуги выпирающей левой ножки диафрагмы ультразвуковым диссектором рассекали париетальную брюшину, покрывающую ножку диафрагмы до её мышечной части. Затем зажимом подтягивали медиальный край рассеченной брюшины и поэтапно тупым и острым путем выделяли грыжевой мешок из средостения, начиная с латеральной стороны по передней полукружности пищевода отверстия диафрагмы, переходя к медиальному краю и вглубь. Обсуждение. Таким образом считаем, что оптимальной техникой при больших ГПОД является латерально-медиальная диссекция грыжевого мешка, при малых - медиально-латеральная.

90. Эволюция подходов к хирургическому лечению грыж пищевода отверстия диафрагмы

Галимов О.В., Ханов В.О., Галимов Д.О.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и основная первопричина ее порождающая - грыжа пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) являются широко распространенными заболеваниями. По данным некоторых авторов, ГПОД встречается у 5% всего взрослого населения, причем у 50% пациентов они не сопровождаются какими-либо клиническими проявлениями (Berman E., Berman S.). Материалы и методы. В Российской Федерации в 2023 г. по данным главного хирурга МЗ РФ было выполнено 4 680 плановых операций при ГПОД. Преобладали лапароскопические вмешательства (85,9%). Послеоперационная летальность составила 0,18%. Наша кафедра, начиная с 2002 г. обладает опытом наблюдения за более чем двумя тысячами пациентов, прооперированных по поводу ГПОД на базе Клиники Башгосмедуниверситета. Обсуждение и результаты. История хирургии ГПОД в нашем регионе началась с «открытых» (лапаротомных вмешательств). На этом этапе обозначилась сама проблема ГПОД, а главные усилия клиницистов сосредоточились на выявлении данного заболевания, изучалась взаимосвязь с другими болезнями пищеварительного тракта и брюшной полости. Совершенствовались инструментальные методы диагностики. Нами была предложена рентгенбаллонография (Патент РФ), позволяющая до операции определять размеры пищевода отверстия. Радикально отношение к коррекции ГПОД изменилось с появлением лапароскопической техники (B. Dallemang, 1991). Первая лапароскопическая фундопликация в РФ выполнена в 1995 г. В дальнейшем накапливался опыт, появились новые инструменты и совершенствовались технические приемы формирования фундопликационной манжеты. При расширении пищевода отверстия более 5 см, одними из первых (2004), нами был предложен способ пластики синтетическим имплантом (Патент РФ). Разнообразные технические приемы оперирования постоянно развиваются и совершенствуются. Одни методики забываются (пластика круглой связки печени, использование протеза Ангельчика и т.д.), появляются новые (магнитное кольцо (Мейо LINX)). В настоящее время лапароскопическая коррекция ГПОД стала широко выполняться с использованием роботических систем. Насколько это повлияло на результаты лечения? Нам удалось опросить 126 бывших пациентов. При общей оценке самочувствия по 4-х бальной шкале отличные результаты отметили 10 (7,9%), хорошие - 69 (54,8%), удовлетворительные - 35 (27,8%), неудовлетворительные - 12 (9,5%). На вопрос насколько исчезли дооперационные жалобы и не

появились ли новые, утвердительно ответили 75(59,5%), 51(40,5%) отметили присутствие патологических симптомов, которые одинаково часто наблюдались после различных видов коррекции кардии. В целом на вопрос «удовлетворены ли вы результатами хирургического лечения?», «Да» ответили 79(62,7%) бывших пациента, «нет» - 47(37,3%). Выводы. Перспективы улучшения результатов хирургического лечения пациентов с ГПОД видятся помимо совершенствования эндоскопических антирефлюксных процедур и в более тщательном отборе больных на операцию на основании детального комплексного клинико-инструментального обследования.

**91. К вопросу о «безопасной»
лапароскопической холецистэктомии**

*Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (2),
Вардаев Л.И. (1), Миронов К.Э. (1),
Розумный А.П. (1)*

Москва

(1) ФГБОУ ВО «Росунимед» МЗ РФ
(2) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
МЗ РФ

Проблема безопасности эндовидеохирургических вмешательств, особенно таких наиболее часто используемых, как холецистэктомия и герниопластика, в последние годы привлекает все более широкое внимание хирургов. В этой связи разрабатываются алгоритмы хирургической тактики при той или иной форме заболевания, обсуждаются вопросы показаний и противопоказаний к различным видам операций, последовательность технических приемов, особенности оснащения, подготовки хирургов и т.п. В то же время необходимо понимать, что безопасность любого хирургического вмешательства – это не только вопрос необходимости избежать каких-либо сиюминутных интраоперационных осложнений, но и возможности предотвратить развитие более поздних осложнений, которые могут отразиться на качестве жизни пациента. Казалось бы, вопросы безопасного выполнения лапароскопической холецистэктомии, особенно при неосложненном холецистите, отработаны до мельчайших деталей, и не представляют серьезной проблемы даже для начинающих хирургов. Но это только на первый взгляд. Разберем некоторые технические детали самой операции, которые, независимо от опыта хирурга, могут оказать влияние на исходы лечения. 1) Расстановка бригады. Число участников плановой операции зависит от традиций клиники (2 или 3 хирурга) или предпочтений оперирующего хирурга (равно как и его расположение - между ног, слева от пациента), не влияет на безопасность и качество самого вмешательства. Здесь гораздо важнее наличие качественной оптики и необходимого инстру-

ментария. Но отсутствие одного из двух ассистентов в неотложной ситуации (операции в ночное время) может вызвать определенные трудности в работе хирурга. 2) Использование различных инструментов и «энергий» при диссекции тканей и выделении желчного пузыря (крючок, лопатка, ножницы, гармоник и т.д.) также не оказывает заметного влияния на качество операции, и зависит от предпочтений хирурга. Правда, некоторые авторы отмечают более высокую вероятность повреждения стенки ЖП при использовании монополярной коагуляции крючком. 3) Расстановка портов и направление кожных разрезов. Если расстановка троакаров в абсолютном большинстве случаев стандартная (4, реже 3 порта) – пупок, эпигастральная область и правое подреберье, то направление кожных разрезов - продольное или поперечное – у всех хирургов различное, и часто выполняется без учета направления так называемых «силовых линий» кожных покровов (см. монографию Я. Золтана «Cicatrix Optima»). Многочисленными исследованиями доказано, что поперечные кожные разрезы (параллельно силовым линиям) заживают значительно лучше продольных (поперек линий), и практически никогда не формируют грубый широкий рубец. Конечно, на безопасность самой операции это не влияет, но косметический эффект и удовлетворенность пациента имеют существенные различия. 4) Установка первого (оптического) троакара. Так называемые «точки Калька» для слепого введения оптического троакара в современной лапароскопической хирургии практически не используются, и в большинстве случаев эта манипуляция не вызывает вопросов у хирурга, если нет рубца после предыдущей срединной лапаротомии. Здесь более безопасной будет установка оптического троакара открытым способом по Хассену или с помощью специального видеотроакара (Viziport). Во всех остальных случаях выбор точки введения первого троакара весьма разнообразен: чаще – выше пупка по средней линии, реже – ниже пупка, или тотчас справа от него. Это объясняется предпочтением хирургов (>60%) извлекать удаленный ЖП через пупочный троакар после расширения этого доступа. Наши наблюдения (более 15000 операций за 33 года) свидетельствуют о повышении вероятности развития таких осложнений в период, как инфицирование тканей и нагноение троакарной раны, а также развитие параумбиликальной (троакарной) грыжи в более поздние сроки даже при ушивании такого доступа. Особенно часто это наблюдается при использовании нерасщепляющегося плетеного шовного материала и доступа по белой линии живота. В наших наблюдениях такие осложнения были отмечены у 1, 7% больных, и последние 25 лет мы не применяем эту методику. 5) Извлечение удаленного препарата. Мы рекомендуем извлекать удаленный ЖП через эпигастральный троакар, который можно расширить до 2-2,5 см, не опасаясь образования послеоперационной грыжи. За весь 33-летний опыт лапароскопической хирургии мы ни разу не отмечали образования грыж в этой области. Инфицированный или перфорированный ЖП следует удалять в контейнере (самый простой можно сделать из перчатки), фрагмен-

тируя крупные камни или утолщенную стенку пузыря в полости контейнера. 6) Вопрос дренирования правого подпеченочного пространства остается дискуссионным, и зависит от предпочтений хирурга. В то же время мы считаем, что в любом случае осложненного течения ЖКБ (острый холецистит, механическая желтуха, технические трудности при выделении ЖП и т.п.) дренирование на 1-2 суток следует проводить с целью контроля крово- и желчеистечения. Более того, даже при «идеальной» холецистэктомии возможны ранние тяжелые осложнения: кровотечение (из ложа пузыря, троакарного прокола), желчеистечение при соскальзывании или прорезывании клипс, из незамеченного мелкого протока Люшка и т.д. Наш опыт – более 60% операций закончены дренированием подпеченочного пространства. Таким образом, тщательное соблюдение некоторых, на первый взгляд, незначительных деталей протокола операции может существенно повлиять на безопасность, эстетичность и результаты самого вмешательства, а также качество жизни пациента.

92. Ранние послеоперационные осложнения продольной резекции же

Луцевич О.Э. (1), Яшков Ю.И. (2), Вардаев Л.И. (1),
Миронов К.Э. (1), Прохоров Ю.А. (2)

Москва

(1) ФГБОУ ВО «Росунимед» МЗ РФ,
(2) ЗАО «ЦЭЛТ»

Введение. Ожирение является глобальной медико-социальной проблемой человечества, которая увеличивает стоимость медицинской помощи и ухудшает качество жизни пациентов, входя в число ведущих факторов риска инвалидности и смерти. В настоящее время хирургический подход – единственный метод, эффективность которого доказана снижением массы тела у пациентов. Широкое применение в мире получила продольная резекция желудка (ПРЖ) как наиболее физиологичное вмешательство. В то же время периоперационная частота осложнений при ПРЖ составляет до 12%, включая несостоятельность шва культи желудка, кровотечение, стриктуру, ГЭРБ или необходимость повторной операции. Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 1687 пациентов с алиментарным ожирением, которым с 2004 г. была выполнена продольная резекция желудка. На первом этапе (до 2011 г.) использовали общепринятую методику ПРЖ (без или с частичной перитонизацией линии меха-

нического шва, клипирование кровоточащего сосуда по линии шва, оставление более широкой культи дна и антрального отдела желудка); всего было прооперировано 274 пациента, конверсий и летальных исходов не отмечено. Послеоперационные осложнения (первые 30 дней) отмечены у 9 больных (3,28%), в том числе несостоятельность шва культи – у 5 (1,8%), кровотечение у 3 (1,09%), перигастральный абсцесс без видимой несостоятельности шва – у 1 пациента (0,36%). Все пациенты были повторно оперированы лапароскопически, выполнены необходимые манипуляции (санация, ушивание дефектов или остановка кровотечения, дренирование брюшной полости (до 2 дренажей), зондирование желудочной культи, назо-гастральные ВАК-системы и т.п.), конверсий и летальных исходов нет. С 2011 года мы используем ПРЖ собственной модификации (резекция на калибровочных зондах 44 и 32F, тотальная перитонизация механического шва, использование антирефлюксного клапана, формирование однородной желудочной трубки без оставления культи в области дна желудка и антрального отдела). По этой методике было оперировано 1413 пациентов, осложнения раннего периода отмечены у 11 больных (0,78%), в том числе несостоятельность желудочного шва – у 4 (0,28%) больных. Локализация зоны несостоятельности: антральный отдел (толстая стенка, прорезывание шва) – 1, тело желудка (толстая стенка, зауженная желудочная трубка, прорезывание серозно-мышечного шва) – 1, кардиальный отдел (неполная перитонизация линии шва дна желудка в связи с техническими трудностями) – 1, передняя стенка пищевода в области пищеводно-желудочного перехода (прошивание передне-боковой стенки пищевода при наложении погружного серозно-мышечного шва с прорезыванием этого шва в результате рвотных движений на 2 сутки после операции) – также 1 пациент. Еще у 3 больных (0,2%) отмечено кровотечение: внутрибрюшное по линии шва – 2, в просвет желудка – 1. Также у 2 больных (0,14%) отмечено формирование перигастрального абсцесса без видимой недостаточности шва желудка, у 1 больной – скопление до 500мл свободной мутноватой жидкости в поддиафрагмальном пространстве. Вероятно, у этих больных имело место инфицирование зоны операции со швов желудка при недостаточной антибактериальной терапии в периоде (отсутствие таковой или использование некачественных антибиотиков-дженериков). Ущемление петли тонкой кишки в 12-мм троакарном проколе на 2 сутки отмечено у 1 (0,07%) пациента. Все больные были оперированы повторно с использованием эндохирургических технологий, конверсий и летальных исходов не было. Таким образом, использование предложенной нами модифицированной методики ПРЖ позволяет снизить число послеоперационных осложнений, связанных с техническими особенностями самого вмешательства, до десятых долей процента, а в идеальном варианте – практически до нуля.

**93. Некоторые предикторы возникновения
желудочно-кишечных кровотечений
у пациентов с COVID-19**

*Михин В.С., Туровец М.И., Лопушков А.В.,
Китаева А.В., Горбунов Д.Е., Фастова А.А.,
Назаренко А.В., Деревенсков О.А., Арутюнян В.П.,
Воронина Н.М., Беспалова К.А., Ибраимова М.В.,
Михин И.В.*

Волгоград

ВолГМУ

Актуальность. Патогенез желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) при COVID-19 связан со способностью вируса через рецепторы ангиотензинпревращающего фермента-2 проникать в эпителиальные клетки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Частота встречаемости желудочных и дуоденальных кровотечений по данным различных источников составляет от 2% до 13%, эта категория жизнеугрожающих осложнений в значительной мере влияет на исходы лечения пациентов с вирусом SARS-CoV-2. Одним из важнейших компонентов терапии вирусной пневмонии является применение антикоагулянтов в лечебных дозировках, что в свою очередь значительно повышает риск возникновения массивных кровотечений с высоким риском летальных исходов. Материал и методы. Проведен анализ 34 историй болезней пациентов с тяжелым течением пневмонии, вызванной вирусом SARS-CoV-2, проходивших лечение в ковидном госпитале на базе кафедры факультетской хирургии ВолГМУ в период с августа 2020 по апрель 2022 года. У всех изученных больных имелись осложнения в виде ЖКК из различных источников. В исследуемой популяции было 11 (32,4%) мужчин и 23 (67,6%) женщины, средний возраст составил 72,3 ($\pm 16,7$) года. Эндоскопические исследования были выполнены 32 (94,1%) пациентам, 4 (11,8%) из которых потребовалось проведение инъекционного и аргонно-плазменного гемостаза, у остальных 30 (88,8%) пациентов были эндоскопические признаки состоявшегося ЖКК. В среднем пациенты с изучаемым осложнением находились на стационарном лечении 11,4 ($\pm 14,3$) суток. Проведен анализ корреляции исходной тяжести течения болезни, возраста, а также сроков возникновения осложнений с исходами лечения этой категории больных. Условно они были разделены на две группы: I группа - выжившие пациенты ($n=5$ (14,7%)), II группа – умершие ($n=29$ (85,3%)). Полученные результаты. Средний возраст выживших пациентов составил 67 ($\pm 20,8$) лет, умерших 73,2 ($\pm 16,1$) года (ОШ=5,31, 95% ДИ 1,924-14,682, $p>0,05$). Усредненная оценка по шкале SOFA в общей когорте составила 5,23 ($\pm 2,98$) балла, среди пациентов II группы – 5,48 ($\pm 3,19$), I группы – 4 (± 1) балла. ЖКК манифестировали на 4,94 (± 8) сутки, однако у выживших больных они случались на 1,5 суток раньше, чем у пациентов с летальным исходом, на 3,6 ($\pm 4,2$) и 5 ($\pm 8,5$) сутки соответственно. Также выявлена разница в тяжести коморбидного фона (индекс Чарльсона) среди

групп пациентов: средний балл в первой группе составил 5,4 ($\pm 5,6$), во второй – 7,3 ($\pm 6,5$). Усредненное процентное поражение легочной ткани при поступлении (по данным КТ) значимо не различалось – 15,2% среди живых и 17,6% среди умерших пациентов. Обсуждение. Учитывая значительные патологические изменения в коагуляционной системе у больных, пораженных вирусом SARS-CoV-2, повышаются риски возникновения как тромботических событий, так и кровотечений из различных источников. Применение антикоагулянтной терапии, способствующей снижению рисков тромботических осложнений, в свою очередь повышает вероятность геморрагических осложнений, в том числе в ЖКТ. Ранняя диагностика и выявление предикторов этих осложнений, является необходимым объектом дальнейших исследований для улучшения результатов лечения этой категории пациентов. Выводы. В ходе анализа выявлено влияние возраста, тяжести состояния пациентов при поступлении (балл по шкале SOFA) и коморбидного фона на риск возникновения желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с вирусными пневмониями COVID-19.

**94. Ранние послеоперационные внутрибрюшные
осложнения. Методы малоинвазивной
коррекций**

*Махмадзода Ф.И. (1,2), Садуллозода Д.Н. (2),
Муродов А.И. (3), Ашуров А.С. (1),
Сафаров Ф.Ш. (2), Болтубоев М.М. (1),
Миров Л.М. (1), Додоходжаев А.А. (1),
Баротов К.И. (1), Рахматуллаев И.Н. (1),
Эмомов Х.С. (1), Исмоиддини Азам (2)*

Душанбе

Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе,

Таджикистан (1)

Институт гастроэнтерологии Республики
Таджикистан, Душанбе (2)

Республиканский научный центр онкологии,
Душанбе (3)

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов различных методов коррекции ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВО) операций на органах брюшной полости. Материал и методы исследования. Исследование основана на анализе данных 6548 операций на ОБП, оперированные за последние 18 лет. РПВО имело место у 643 (9,8%) пациентов, где в 420 (6,4%) случаях скорректированы выполнением повторных хирургических вмешательств. Мужчин было 170 (40,5%), женщин – 250 (59,5%). Возраст большинства больных ($n=312$, 74,3%) не превышал 60 лет. Всех боль-

ных с РПВО разделили на две группы. В контрольной группе больных, включающей 150 (35,7%), пациентов, лечение проводилось с использованием обще применяемых на тот период времени методов релапаротомии с диагностической и лечебной целью. У больных основной группы, включающей 270 (64,3%) пациентов, лечение проводилось с использованием современных технологий и усовершенствованных методов хирургического лечения. Первичные оперативные вмешательства в плановом порядке были выполнены у 125 (29,8%) пациентов основной (n=58) и контрольной группы (n=67). Неотложные оперативные вмешательства - у 295 (70,2%) больных основной (n=212) и контрольной (n=83) группы. Результаты. Послеоперационный перитонит и внутрибрюшные гнойно-септические осложнения, требующие повторных операций, были отмечены в 108 (25,7%) наблюдениях, внутрибрюшные кровотечения - в 97 (23,1%), желчеистечение - в 84 (20,0%), пищеводно-желудочно-кишечные кровотечения - в 58 (13,8%), острый послеоперационный панкреатит - в 34 (8,1%), послеоперационная механическая желтуха - в 21 (5,0%) и ранняя послеоперационная кишечная непроходимость - в 18 (4,3%) случаев. При выявлении РПВО у пациентов основной группы (n=270) в большинстве случаев - 196 (72,6%) выполняли повторные миниинвазивные вмешательства. Релапаротомия по необходимости, по причине невозможности лечения осложнений традиционными способами, выполнялась у 27,4% (n=74) пациентов основной группы. В 35,2% (n=95) случаях, при РПВО выполняли релапароскопию с различными вмешательствами, направленные на коррекцию причины их возникновения. В 19 (7,0%) наблюдениях релапароскопия сочеталась с минилапаротомией, а в 23 (8,5%) случаях производили пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. Сочетанные биэндо-скопические вмешательства выполняли в 7,8% (n=21) случаях. Было установлено, что при традиционных открытых методах хирургического вмешательства сроки нормализации кишечной функции в послеоперационном периоде, включая перистальтику, состояние стенки желудка, а также отхождение газов и стула, в среднем составляли $6,2 \pm 1,3$ суток, при этом сроки послеоперационной терапии в среднем - $11,3 \pm 1,5$ суток. Сроки нормализации кишечной функции после проведения эндоскопических вмешательств и применения конверсионных методик в среднем составляет $1,8 \pm 1,7$ суток, а сроки послеоперационного данных больных составляет в среднем $3,1 \pm 1,3$ суток. Частота случаев развития послеоперационных осложнений после выполнения повторных хирургических вмешательств у больных основной группы составила 23,0%, а летальность 9,6%, при этом в контрольной группе больных эти показатели составили 36,0% и 19,3% соответственно. Следовательно, обоснованное применение малоинвазивной технологии в коррекции РПВО, позволило уменьшению послеоперационных осложнений до 13,0%, а летальность - до 9,7%. Заключение. Таким образом, результаты выполненных различных оперативных вмешательств, применением малоинвазивной технологий, относительно коррекции РПВО, свидетельствуют о

значительных преимуществах по отношению к открытым способам повторных вмешательств.

95. Стентирование главного панкреатического протока при осложнённом течении хронического панкреатита

Акинчиц А.Н., Мандриков В.В., Бурчуладзе Н.Ш.,
Строганова Е.П., Шарашкина Л.В., Абрамян Е.И.,
Луковсков М.Ю., Арутюнов Г.Г., Михин Е.С.,
Горбунов Д.Е., Михин И.В., Воронцов О.

Волгоград

ВолГМУ

Актуальность. При возникновении осложнений хронического панкреатита (ХП), таких как стриктуры главного панкреатического протока или вирсунголитиаз, используют транспапиллярные вмешательства для ликвидации панкреатической гипертензии путем расширения стриктур или проведения литотрипсии, которые могут быть как финальным методом лечения, так и этапом радикального. Эндоскопическое лечение при стриктурах включает выполнение сфинктеротомии и расширение области стриктуры с помощью баллона или дилатирующего катетера. При вирсунголитиазе литоэкстракция возможна после ЭРХПГ или ЭУВЛ. Для эффективной декомпрессии устанавливают один и/или нескольких пластиковых стентов или полностью покрытый саморасширяющийся металлический стент, которые необходимо заменить через 2-4 месяца, или деинсталлировать. Некоторым пациентам требуется повторная замена стента из-за рефрактерных стриктур или безуспешного удаления камней поджелудочной железы, что может стать причиной выполнения хирургического вмешательства. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии ВолГМУ с целью хирургического лечения осложнений ХП было госпитализировано 223 пациента, которым было выполнено 336 транспапиллярных вмешательств. Стентирование вирсунгова протока было проведено в 113 случаях (33,63%) при вирсунголитиазе (51,28%), стриктурах вирсунгова протока (17,95%), папиллостенозе (16,67%), кисте (11,54%) и стенозе холедоха (2,56%). Выполнение стентирования вирсунгова протока сочеталось с ЭПСТ и вирсунготомией, баллонной дилатацией, а также литоэкстракцией при наличии вирсунголитиаза. Стентирование вирсунгова протока без осложнений было проведено в 71 случае (62,84%) - в 70 с использованием пластикового стента, в 1 случае - с установкой нитинолового стента. Полученные результаты. Осложнения верифицированы после 42 (37,16%) манипуляций: 7 (6,19%) - миграция, 7 (6,19%) - обтурация, 28 (24,78%) - обтурация и миграция пластикового стента, которые разрешились в 29 слу-

чаях рестентированием, в 13 – деинсталляцией стента. После деинсталляции в 8 случаях было необходимо выполнение лапаротомии (панкреатоэнтероанастомоз, цистоэнтероанастомоз и вирсунготомия). Тяжёлые постманипуляционные осложнения произошли у 3 (2,65%) пациентов: у 2 – панкреонекроз, у 1 – перитонит. Обсуждение. Хронический панкреатит до сих пор остаётся сложной проблемой, которую пытаются разрешить как хирурги, эндоскописты, так и гастроэнтерологи. Только мультидисциплинарный индивидуализированный подход позволяет определить оптимальную лечебную тактику. Вывод: эндоскопические вмешательства остаются методом выбора интервенционного лечения осложнённого ХП, учитывая менее инвазивный характер по сравнению с радикальным хирургическим лечением.

96. Гибридные лапароэндоскопические операции при холецистохоледохолитиазе и осложнениях. Отказ от «Rendezvous»

*Панин С.И., Мандриков В.В., Любимов М.А.,
Хомочкина Н.В., Мелешкин С.А., Кравченко А.Ю.,
Алейникова Е.С.*

Волгоград

Клиника № 1, ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава
России

Цель работы. Изучить результаты одномоментного лапароэндоскопического лечения осложненного течения желчнокаменной болезни. Материалы и методы. В 2024 году, в Клинике № 1 ВолГМУ было пролечено 77 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Этапное лечение применено в 83% (64/77), одномоментное (с использованием гибридных технологий) – в 17% (13/77) наблюдений. В ходе гибридных операций лапароскопические и эндоскопические транспапиллярные манипуляции были использованы последовательно, без методики «Rendezvous». Средний возраст пациенток этой группы составил 63 [33-74] года. Явления механической желтухи (класс А и В), холангита и острого холецистита отмечены в 61% (8/13), множественный и «сложный» холедохолитиаз – в 46% (6/13) наблюдений. Полученные результаты. Конверсий к лапаротомии не было. Намеченный план лапароскопической части операции по удалению желчного пузыря (средняя длительность 75 [53-80] мин.) был достигнут в 100% наблюдений. Среди особенностей ЛХЭ следует отметить варианты способы обработки пузырного протока (клипирование, перевязка и прошивание) и трудности при создании визуального порога безопасности (CVS). Длительность транспапиллярной части операции составила 50 [13-55] мин. В одном наблюдении «сложного» холедохолитиаза частичная литоэкстракция потребовала установки билиарного стента и последующей этапной

санации желчных протоков. Летальных исходов не было. Средняя длительность стационарного лечения после операции составила 11 [8-18] койко-дней, что было необходимо для лечения механической желтухи и холангита. Интраабдоминальные послеоперационные осложнения (панкреатит, подпеченочный абсцесс) отмечены в 23% (3/13) случаев. Факторами риска развития осложнений явились: исходная бактериобилия, острый холецистит, холангит и перенесенная ранее ЛХС. Заключение. Применение лапароэндоскопических гибридных технологий в простом варианте без методики «Rendezvous» позволяет проводить одномоментное лечение осложненного течения желчнокаменной болезни.

97. Лечение острого гастродуоденального кровотечения у пациентов пожилого и старческого возраста

*Магомедов М.М., Магомедов А.А.,
Магомедов М.Г.*

Махачкала

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Актуальность. Острое гастродуоденальное кровотечение (ОГДК) — распространённая неотложная хирургическая ситуация, требующая госпитализации и связанная с высокой заболеваемостью и смертностью. Имея значительный прогресс и развитие технологий, лечение ОГДК остается сложной задачей. Возраст пациента является важным прогностическим фактором у пациентов с острым гастродуоденальным кровотечением. Несмотря на это, современные алгоритмы лечения не дифференцируют ведение пациентов с ОГДК в зависимости от их возраста. Цель. Сравнить результаты лечения с острым гастродуоденальным кровотечением у больных пожилого и старческого возраста. Материалы и методы. Нами был проведен проспективный анализ результатов лечения 58 пациентов с ОГДК, пролеченных на базе РКБ СМП за период с 2021 по 2024 гг. Больные были разделены на две возрастные группы (группа А — от 60 до 75 лет, группа Б — старше 75 лет). У 55 (94,8%) пациентов была проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (в течение 3 часов после госпитализации). Гр

98. Лапароскопические и гибридно-лапароскопические вмешательства в выборе тактики хирургического лечения осложненных форм абдоминального туберкулеза у женщин репродуктивного возраста

*Махмадзода Ф.И. (1), Достиев А.М. (1),
Матиев Ю.А. (1), Раджабова Г.К. (2),
Собирзода А.Дж. (1)*

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе,
Таджикистан (1)

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (2)

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения осложненных форм абдоминального туберкулеза у женщин репродуктивного возраста, применением лапароскопических и гибридно-лапароскопических вмешательств. Материал и методы. Исследование основана на анализе хирургического лечения 56 женщин, оперированные на базе клиники хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова, с осложненными формами абдоминального туберкулеза, за период 2000 по 2024 годы. Возраст женщин варьировало от 16 до 49 лет. Осложненные формы абдоминального туберкулеза встречались в виде: кишечной непроходимости – в 16 (32,0%), туберкулезного перитонита - в 13 (26,0%), межкишечных абсцессов – в 11 (22,0%), спаечной болезнью – в 7 (14,0%) и перфорацией специфических язв с развитием фибринозно-гнойного перитонита – в 3 (6,0%). Следовательно, у 37 (74,0%) женщин по 2 и более осложнений развивались одновременно. Туберкулезная тяжелая интоксикация имело место у 39 (78,0%) женщин. Результаты. Женщинам с тяжелой туберкулезной интоксикацией (n=39) проведено соответствующая предоперационная подготовка совместно с реаниматологами. В 7 (14,0%) наблюдениях из-за выраженного спаечного процесса (n=6) и троакарных осложнений (n=1), был переход на мини лапаротомию, где в последующем проведено гибридно-лапароскопические вмешательства. По возможности произведено адгезиолизис в области маточных труб и яичников. Лапароскопически и гибридно-лапароскопически произведены вскрытие межкишечных абсцессов, адгезиолизис, санация брюшной полости антисептиками, с последующей аэрацией ультрафиолетовым облучением. Гибридно-лапароскопическим доступом у 4 (8,0%) женщин произведены резекция кишечника с наложением различных анастомозов, ушивание троакарных ран тонкого кишечника (n=1) и выведение илеостомы (n=2). Во всех случаях в обязательном порядке были взяты биопсии из лимфоузлов и париетальной брюшины. В послеоперационном периоде у 4 (7,1%) больных отмечены осложнения, в виде кишечных свищей (n=2) и продолжающегося послеоперационного перитонита (n=2). Все женщины в послеоперационном периоде

получали специфическую терапию и дальнейшее наблюдение у гинеколога по месту жительства. Заключение. Лапароскопические и гибридно-лапароскопические вмешательства считаются выбором в лечении осложненных форм абдоминального туберкулеза у женщин репродуктивного возраста.

99. Видеоассистированные операции как окончательный метод хирургического лечения гнойных осложнений острого некротического панкреатита

*Ценева О.А., Моисеенкова Е.В., Дорошенко Д.А.,
Ржебаев К.Э., Михайлузов С.В., Аносов В.Д.,
Хоконов М.А.*

Москва

«Городская клиническая больница №15 ДЗМ»,
Москва, Россия

Актуальность: Наиболее перспективным методом оперативного лечения при инфицированном панкреонекрозе (ИПН) являются комбинированные вмешательства, особенно после чрескожного дренирования под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), с последующим расширением канала по ходу дренажной трубки и некрсеквестрэктомией под визуальным контролем с использованием ригидной оптической системы (лапароскопа). Однако при отсутствии эффекта при миниинвазивных вмешательствах необходимо прибегать к традиционным открытым операциям (лапаротомия, оментобурсостомия, люмботомия), несмотря на частоту осложнений. Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 96 пациентов с ИПН на 3-4 неделе заболевания, во II-ю фазу секвестрации. Возраст пациентов от 27 до 63 лет, средний – 35,2±5,8. Во всех случаях при мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и УЗИ проведено типирование местных осложнений ИПН по 1-4 модели. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства выполняли на ультразвуковых сканерах Voluson S10 и GE LOGIQe, с конвексными датчиками частотой 1-5 МГц, МСКТ с болюсным усилением выполнялась с использованием аппарата Aguilion Prim (Toshiba). Первый этап санации производили с использованием пункционных наборов для дренирования полостных образований (зонтичный стилет-катетер) типа «МАЛЕКО»14СН и 16СН 24см (полиуретан), при операциях устанавливали силиконовые одноканальные дренажи (ДСХО1) различного диаметра (№27–№32). Видеоскопия и активная некрсеквестрэктомия с помощью лапароскопа STORZ (Karl Storz – Endoscope SCB pover LED 175). Статистическая обработка на базе данных Microsoft Excel 2017. Для проверки гипотез о совпадении наблюда-

емой и ожидаемой частот значений бинарного признака (анализ сопряженных частот) вычисляли критерий χ^2 , с представлением значения p . Полученные результаты: В 1-й группе исследования 46 (47,9%) пациентов после видеоассистированной некрсеквестрэктомии после чрескожного дренирования под контролем УЗИ, как окончательного метода хирургического лечения, по 2-й 50 (52,1%) больных ИПН, которым понадобилось открытое оперативное вмешательство. В зависимости от локализации местных осложнений, распределение по типам: центральный1 всего 35 (36,5%), в 1-й группе 22, во 2-й -13 ($\chi^2=4,030$; $p=0,045$), левый2 тип 26 (27,1%), в 1-й группе 15, во 2-й 11 ($\chi^2=0,881$; $p=0,348$), правый тип3 11 (11,4%), соответственно, 4 и 7 ($\chi^2=0,024$; $p=0,877$), и смешанный тип4 всего 24 (25%) – 5 и 19 ($\chi^2=8,014$; $p=0,005$). Обсуждение: При локализации местных осложнений ИПН в пределах поджелудочной железы чаще отмечено применение под видеоскопических операций, что позволяет достичь желаемого результата при минимальной частоте осложнений. Распространенный гнойно-некротический парапанкреатит с переходом на мезаколон, парааортальную клетчатку или двухсторонние затеки при смешанном типе4 чаще требует открытых традиционных оперативных вмешательств, в связи с отсутствием возможности адекватного удаления некротических масс и гноя. При левом2 и правом3 типе ИПН достоверных различий в частоте использования открытых и видеоскопических некрсеквестрэктомий не выявлено, что обусловлено различными конфигурациями местных осложнений, обеспечивающих доступ для чрескожного дренирования как первый этап санации. Выводы и рекомендации: Уточненная диагностика с определением топографии, распространения и особенностей экзосемиотики гнойных осложнений, наличия массивной секвестрации забрюшинной клетчатки при УЗИ и МСКТ во II-ю фазу панкреонекроза, позволяет прогнозировать эффективность видеоассистированных операций как окончательного метода санации, выбрать оптимальный доступ и определить объем оперативного вмешательства.

**100. Диагностическая эффективность
внутрипросветного эндоскопического
ультразвукового исследования
при инфицированном панкреонекрозе**

*Ценева О.А., Моисеенкова Е.В., Дорошенко Д.А.,
Глебов К.Г., Михайлулов С.В., Аносов В.Д.,
Хоконов М.А.*

Москва

«Городская клиническая больница №15 ДЗМ»,
Москва, Россия

Актуальность: Своевременное выявление местных осложнений и их уточненная топическая диагностика с помощью неинвазивных лучевых методов является основой успешного хирургического лечения инфицированного панкреонекроза (ИПН). Наряду с традиционными методами - трансабдоминальным ультразвуковым исследованием (УЗИ) и мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ) брюшной полости, в неотложной хирургии используется метод эндоскопического ультразвукового сканирования (ЭндоУЗИ). Материалы и методы: Произведен анализ результатов обследования 43 больных с осложненным течением ИПН на 3-4 неделе заболелания, во II-ю фазу секвестрации, с острым жидкостным и острым некротическим скоплением различной локализации. Возраст пациентов от 32 до 76 лет, средний – $39,8 \pm 2,2$. Во всех случаях произведено типирование местных осложнений ИПН по 1-4 модели при МСКТ и УЗИ, определены объем и экзосемиотика. Всем пациентам выполнено ЭндоУЗИ с использованием видеоскопической стойки OLYMPUS EVIS EXERA III CLV-190 с ультразвуковой приставкой EVIS EUS EV-ME2 Premier Plus, с использованием конвексного и радиального датчиков частотой 5,0 и 7,5 МГц. УЗИ проводили на ультразвуковых сканерах Voluson S10 и GE LOGIQe, с конвексными датчиками частотой 1-5 МГц. Статистическая обработка на базе данных Microsoft Excel 2017, Для сопоставления двух групп по одному или нескольким количественным признакам использовали однофакторный дисперсионный анализ, с представлением медианы и доверительного интервала для каждой группы и точного значения p . Полученные результаты: Распределение по типам местных осложнений ИПН при МСКТ и УЗИ – центральный тип1 (в пределах поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки) 16 (37,2%), левый тип2 (паранефральная и параколическая клетчатка слева) 12 (27,9%), правый тип3 паранефральная и параколическая клетчатка справа 5 (11,6%), смешанный тип4 (двухсторонний затек и мезаколон) 10 (23,3%). Произведено сравнение особенностей экзосемиотики острых жидкостных и некротических скоплений при УЗИ и ЭндоУЗИ у пациентов с различной локализацией осложнений. Точность определения объема полостей более 100,0 мл при любом виде сканирования не имело различий – $F=3,722$; $p=0,102$. Выявление секвестров в виде плотных эхопозитивных включений в полости при ЭндоУЗИ достоверно точнее удавалось при центральном

типе1 – $F=10,889$; $p=0,016$. Также уточненное определение вида конфигурации местных осложнений, особенно сложной формы в виде «бабочки» и «капли», удавалось при трансабдоминальном УЗИ чаще, чем при ЭндоУЗИ – $F=6,827$; $p=0,040$, особенно при смешанном4 и правом3 типе. Отсутствие «акустического окна» для чрескожного дренирования лучше всего определяли с помощью ЭндоУЗИ при центральном1 и левом2 типе ИПН – $F=13,048$; $p=0,011$. Обсуждение: Трудности уточненной диагностики в процессе ЭндоУЗИ при распространенном ИПН объясняются техническими ограничениями внутрисосудистого сканирования, невозможностью визуализации нижнего этажа брюшной полости и забрюшинного пространства, как справа, так и слева. При центральном1 и левом2 типе ИПН метод ЭндоУЗИ наиболее эффективен, так как позволяет с максимальной точностью оценить объем и распространение секвестрации, отсутствие возможности проведения дренажа под контролем УЗИ из-за препятствий в виде полых органов и крупных сосудов по ходу траектории движения стилета. Выводы и рекомендации: Применение метода ЭндоУЗИ на 3-4 неделе заболевания позволяет уточнить факт инфицирования и секвестрации, пути распространения гнойно-некротических изменений в забрюшинных клетчаточных пространствах, наряду с трансабдоминальным УЗИ и МСКТ позволяет определить тактику и сроки хирургического лечения ИПН.

101. Возможности и сравнительные результаты видеоэндоскопической адреналэктомии

Куркин А.В. (1,2), Филипцов А.В. (2), Эктов В.Н. (1)

Воронеж

1) ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России

2) БУЗ ВО «Воронежская областная
клиническая больница №1»

Актуальность. Развитие мини-инвазивной хирургии позволило расширить диапазон применения эндоскопической адреналэктомии, результаты которой зависят от полноты предоперационного мультидисциплинарного обследования больных, адекватности анестезиологического пособия, рационального выбора операционного доступа. Материал и методы. С 1998 по 2024 годы в Воронежской областной клинической больнице №1 различные вмешательства на надпочечниках были выполнены 726 пациентам. Гормонально-активные опухоли выявлены в 66% случаев, инциденталомы у 34% больных. У 14 пациентов с тяжелым коморбидным фоном произведено пункционное дренирование со склеротерапией или радиочастотная абляция новообразований. Открытая адреналэктомия выполнена 44 больным со злокаче-

ственными опухолями надпочечников размером более 12 см. Эндовидеохирургическая односторонняя адреналэктомия выполнена 668 больным. Показаниями для данного способа лечения являлись новообразования надпочечников размерами от 3 см до 12 см без признаков малигнизации, либо гормонально активные опухоли меньших размеров. При этом передний лапароскопический доступ использовали в 71,3% случаев (чаще справа), боковой лапароскопический – в 25,1% (чаще слева), мануально асстирированный лапароскопический доступ – в 3,6% случаев при размерах опухоли более 7 см. Результаты и обсуждение. Продолжительность вмешательства при открытой адреналэктомии составила 140 ± 26 мин, интраоперационная кровопотеря составила $535 \pm 87,2$ мл. В раннем послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны отмечено у 12,6% пациентов, послеоперационное кровотечение с образованием гематомы у 6,8% больных, в 9% случаев наблюдался реактивный плеврит и застойная пневмония. Летальный исход установлен у 2 больных геморрагический инсульт и острый инфаркт миокарда). Среднее пребывание в стационаре в этой группе составило $17,2 \pm 0,6$ дней. В эндовидеохирургической группе продолжительность операций в среднем – 85 ± 12 мин., операционная кровопотеря – 44 ± 8 мл. Одноэтапно с лапароскопической адреналэктомией выполнили лапароскопическую холецистэктомию, фундопликацию, резекцию верхнего полюса правой почки, лапароскопическую спленэктомию и вентральную аллогерниопластику. Мануально асстирированный эндоскопический доступ применен у 25 больных и позволил удалить новообразования размером более 12 см, в 3 случаях – в виде комплекса органов (надпочечник, селезенка, хвост поджелудочной железы, почка). Конверсия не потребовалась ни в одном случае. У 2 больных адреналэктомию не удалось выполнить из-за опухолевой инвазии крупных сосудов. У 2 больных отмечено кровотечение из повреждения селезенки (произведена лапароскопическая спленэктомию). У 1 больного выполнена люмботомия по поводу кровотечения из-за повреждения почки. В 1,5% случаев выявлены гематомы, плеврит и острый панкреатит. После операции умерло 2 больных с феохромоцитомой от геморрагического инсульта и полиорганной недостаточности. Выводы и рекомендации. Эндовидеоэндоскопическая адреналэктомия обладает неоспоримыми преимуществами при строгом соблюдении показаний к ее выполнению и характеризуется малой травматичностью, быстрой реабилитацией больных, снижением частоты послеоперационных осложнений. Обязательным условием выполнения данных хирургических вмешательств является высокая квалификация и опыт хирургической бригады.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

102. Тактика мини-инвазивного лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом

Куркин А.В. (1,2), Музальков В.А. (2),
Эктов В.Н. (1)

Воронеж

- 1) ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России
- 2) БУЗ ВО «Воронежская областная
клиническая больница №1»

Актуальность. Холедохолитиаз относится к наиболее частым осложнениям желчнокаменной болезни, встречающееся у 8-18% больных. Холедохолитиаз выявляется у 11,6% больных желчнокаменной болезнью при выполнении интраоперационной холангиографии. Материал и методы. В период с 1994 по 2024 год в Воронежской областной клинической больницы №1 находилось на хирургическом лечении 19130 пациентов с желчнокаменной болезнью, среди которых у 5 467 (28,6%) больных во время пред- и интраоперационного обследования выявлен холедохолитиаз. При расширении холедоха и измененных функциональных печеночных пробах пациентам выполняли эндоскопическую или магнитнорезонансную холангиографию. При подтверждении холедохолитиаза пациентам производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, при больших конкрементах – после предварительной механической литотрипсии (2326 вмешательств). При безуспешности или невыполнимости эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии осуществляли лапароскопическую или открытую холедохолитотомию с антеградной папиллосфинктеротомией или наложением билиодигестивного анастомоза (28 больных). При холецистохоледохолитиазе, осложненном механической желтухой и (или) холангитом первым этапом использовали ЭРХПГ-ЭПСТ, при необходимости – с временным билиарным стентированием. У этой же группы больных при развитии тяжелой печеночной недостаточности или выраженной коморбидности первым этапом производили чрескожную чреспеченочную холангиостомию под ультразвуковым и рентгенологическим контролем (214 больных). После купирования органной недостаточности в дальнейшем выполняли одноэтапную эндоскопическую папиллосфинктеротомию и лапароскопическую холецистэктомию. Результаты. Описанный тактический алгоритм позволил уменьшить число тяжелых осложнений ЭРХПГ-ЭПСТ до 1,2%, отказаться от открытых вмешательств у 81,2% больных и добиться полного излечения холецистохоледохолитиаза мини-инвазивными методами в 95,8% случаев. Выводы и рекомендации. Одно или двухэтапное мини-инвазивное лечение холецистохоледохолитиаза является результативной альтернативой традиционным хирургическим методам лечения.

103. Исследование полипропиленового имплантата с нанопокрывтием для лечения грыж брюшной полости

Хамидов М.А. (1), Гришин А.С. (2),
Рагимов Р.М. (1), Абдулагатов И.М. (1),
Абдуллаева Н.М. (1), Максумова А.М. (1),
Гасанова Х.Г. (1)

- 1) Дагестанский государственный медицинский
университет, Махачкала,
- 2) ООО «Айкон Лаб ГмбХ», Нижний Новгород

Актуальность. В настоящее время в мире выполняются более 20 млн. герниопластик с использованием синтетических имплантов, что позволило значительно снизить рецидивы грыж. Однако, после внедрения в хирургическую практику сетчатых имплантатов появились новые виды послеоперационных осложнений, такие как нагноение, секвестрации, отторжен трансплантата и его «сморщивание», серомы, лигатурные свищи, так как существующие грыжевые сетки все еще не полностью соответствуют критериям «идеального протеза». Поэтому нами была поставлена цель – улучшить биосовместимые и антибактериальные свойства сетчатых имплантатов, применяемых для пластики грыжевых дефектов. Материал и методы. Поставленная цель реализуется следующим образом: предварительно наносится на имплантат подложка из оксида алюминия толщиной 10 нм, а затем в вакуумной камере реактора атомно слоевого осаждения (АСО) – послойно нанопленка из оксидов титана/ванадия толщиной 18 нм при температуре 850 по Цельсию, используя технологию АСО. Суть метода заключается в том, что один из прекурсоров подвергается воздействию паров предыдущего прекурсора, который образует монослой на поверхности подложки. Для изучения антибактериальных свойств нанопленки проведены микробиологические исследования, используя суспензию микробных клеток в концентрации 105 КОЕ/мл из суточных культур штаммов *E. coli* (ATCC-25922) и *Pr. vulgaris* (ATCC-29905T). Простерилизованные кусочки сеток (покрытых и непокрытых) помещались на засеянные питательные среды для выявления «зоны лизиса» вокруг и в области расположения сетки. Чашки Петри помещали в термостат на 24 и 48 часов. Для изучения биосовместимых свойств эндопротез-сетки (размеры 2х3 см) имплантировали 5 кроликам в переднюю брюшную стенку (покрытую – справа, непокрытую – слева) для визуального сравнения и сопоставления на окрашенных гистологических препаратах, изъятых по окончании эксперимента (через 5 недель). Полученные результаты. Через 24 часа на чашках с средой Эндо-ГРМ-агар в проекции имплантата и на его полипропиленовых нитях были обнаружены множественные мелкие темно-красные колонии с металлическим блеском, а вокруг – диффузный рост. В проекции покрытого образца ПП роста микроорганизмов не наблюдалось, контуры полипропиленовых нитей имплантата четко выделялись. У 3-х кроликов через 5 недель после вживления имплантата отмечалась спайка

петли тонкой кишки к передней брюшной стенке в проекции сетки слева, т.е. без покрытия. Справа, где была установлена сетка с нанопокрывом, спайки не образовались ни в одном случае. При использовании имплантата без покрытия, в гистопрепаратах вокруг сетки определялся слой грубой рубцовой соединительной ткани с пучками толстых коллагеновых волокон, умеренная продуктивная воспалительная реакция с очаговой эозинофильной инфильтрацией и деградацией нитей сетки. В случае ПП с нанопокрывом вокруг волокон сетки под микроскопом было видно более раннее развитие волокнистой соединительной ткани с формированием сети мелких тонкостенных кровеносных сосудов. Обсуждение. Антибактериальный механизм действия нанопленки из TiVOx основан на прямом контакте продуктов фотокатализа с бактериальной клеткой, что, как известно, приводит к повреждению мембран бактерий и гибели последних. ПП с нанопокрывом проявляют не только выраженные антибактериальные свойства, но и препятствуют образованию сером, гранулем, грубой соединительной ткани вокруг имплантата и эозинофильной инфильтрации мягких тканей вокруг сетки. Таким образом, покрытая сетка проявляет не только антибактериальные, но и лучшие биосовместимые свойства. Полученные положительные эффекты нанопокрывов позволяют рекомендовать его для апробации и внедрения в клиническую практику.

104. Всё новое, это хорошо забытое старое. Местная анестезия для ТЕР: новый подход

Тарасов Е.Е., Нишневич Е.В., Багин В.А.

Екатеринбург

Уральский Государственный
Медицинский Университет

Тотальная экстраперитонеальная пластика (Total Extraperitoneal Plastic – TEP) — это минимально инвазивный хирургический метод, используемый для лечения паховых и бедренных грыж. Он предполагает доступ к грыжевому мешку через предбрюшинное пространство, минуя брюшную полость. Этот метод стал популярным благодаря снижению риска осложнений, таких как повреждение внутренних органов и послеоперационных спаек, а также благодаря более быстрому восстановлению пациентов. Однако выполнение ТЕР под местной анестезией — это скорее инновационный подход, который требует тщательной подготовки хирурга и пациента. Традиционно ТЕР выполняется под общей или регионарной анестезией, так как процедура требует расслабления мышц брюшной стенки и минимизации дискомфорта для пациента. Использование местной анестезии для ТЕР может быть сложным из-за необходимости обеспечения адекватного обезболивания и комфорта пациента

во время операции. Тем не менее, в некоторых случаях, особенно у пациентов с высоким риском осложнений от общей анестезии, местная анестезия может быть рассмотрена как альтернатива. Это требует тщательного отбора пациентов, а также высокой квалификации хирурга и анестезиолога. Цель исследования - разработка протокола для выполнения ТЕР под местной анестезией. Материал и методы. Протокол включает в себя отбор пациентов, дооперационный, интраоперационный и послеоперационный мониторинг пациентов, единую методику операции. ТЕР под местной анестезией выполняли только у пациентов с ограничениями к общей или регионарной анестезии и при наличии письменного согласия пациента. Во всех случаях использовали единую методику. Места установки троакаров размечали перед операцией по разработанной нами методике. Перед разрезами проводили инфильтрационную анестезию кожи и подкожной жировой клетчатки 1% лидокаином. Для доступа в предбрюшинное пространство выполняли разрез кожи под пупком 2см. После рассечения апоневроза и отведения прямой мышцы тупым способом создавали первичное оптическое пространство. В созданное пространство устанавливали два рабочих 5мм троакара по разработанной нами методике, по предварительной разметке. Герметизацию доступа осуществляли канюлей Хассона. Выставляли давление углекислого газа на инсуфляторе 8 мм.рт.ст. Выполняли аппликационную анестезию впрыскивая 1% раствор лидокаина в предбрюшинное пространство. Для диссекции использовали биполярную коагуляцию. Пластику заканчивали установкой полипропиленового сетчатого имплантата размером 10 ? 15 см без фиксации. Всего было прооперировано 14 пациентов мужского пола с паховыми грыжами. Операционно-анестезиологический риск каждого пациента составлял IV, средний индекс коморбидности Charlson 5.0 [4.30,6.00]. Во всех случаях у пациентов были ограничения к общей и регионарной анестезии. Средний возраст составил 73,50 (64.00, 84.00) года. Интраоперационный мониторинг болевых ощущений производили по шкале ВАШ. Результаты. Все 14 пациентов были успешно прооперированы по описанной методике. Средний расход 1% лидокаина составил 31,0 (28,0; 44,0) мл. Среднее время оперативного вмешательства составило 62,5 (45,0; 80,0) минуты. В 3 (21,4%) случаях отмечено развития пневмоперитонеума и появление абдоминальных болей. Во всех этих случаях местная анестезия была дополнена общей внутривенной анестезией (1 ампула фентанила) без ИВЛ. Средняя длительность госпитализации в стационаре составила 25,0 (21,7; 42,0) часов. Средний период наблюдения за пациентами составил 7,5 (6,3; 14,3) месяцев, в течение которого рецидивов грыжи мы не наблюдали. Выводы. Разработанный протокол выполнения тотальной экстраперитонеальной пластики паховых грыж в условиях местной анестезии может быть рассмотрен в качестве альтернативы традиционным подходам у пациентов с ограничениями к общей или регионарной анестезии.

**105. Лапароскопический доступ
при радикальном хирургическом лечении
осложненного рака желудка: опыт одного
центра**

Тарасов С.А., Ярцев П.А., Аксенова С.О.

Москва

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
ДЗМ»

Актуальность: По данным ВОЗ число заболевших злокачественными новообразованиями в мире в 2022г. составило 20 млн человек, в 970 000 случаев, что составляет 4,9%, был диагностирован рак желудка. Хирургическое вмешательство в настоящее время является единственной потенциально эффективной лечебной тактикой, поэтому является основным подходом в лечении рака желудка. В настоящее время лапароскопические операции при раке желудка не являются общепринятым стандартом хирургического лечения, хотя лапароскопическая гастрэктомия вошла в региональные стандарты лечения раннего рака желудка в Японии и Южной Кореи. Мировой опыт миниинвазивной онкохирургии стремительно растет, однако, по-прежнему ведутся дискуссии о преимуществах и недостатках лапароскопического доступа при лечении рака желудка. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с осложненными формами рака желудка путем использования минимально-инвазивных хирургических технологий. Материалы и методы: В период с февраля 2013 года по август 2024 года радикальное хирургическое лечение по поводу рака желудка прошли 130 пациентов. Среди них было 49 женщин (37,7%) и 81 мужчина (62,3%). Возраст пациентов варьировал от 36 до 85 лет (медиана возраста составила 60,5 года). Критериями включения являлись: пациенты с раком желудка, осложненным кровотечением или стенозом выходного отдела желудка/кардиэзофагеального перехода, старше 18 лет, подписавшие согласие на обработку персональных данных и включение их клинических данных в исследование, которым было проведено хирургическое лечение. Критерии невключения: пациенты, которым не проводились инвазивные вмешательства; анестезиологический риск IV-V класса по ASA; отказ пациента от включения его персональных данных в исследование. Для оценки эффективности вида лечения, пациенты были разделены на группы по типу хирургического доступа: открытый и лапароскопический. 66 пациентам (50,7%) с осложненным раком желудка были выполнены открытые оперативные вмешательства, эти пациенты составили группу I. Гендерный состав группы - 41 мужчины (62,1%), 25 женщин (37,9%). Средний возраст составил $63,6 \pm 11$ лет. 64 пациенту (49,3%) были выполнены лапароскопические операции, эти пациенты составили группу II. Половой состав был представлен 40 мужчинами (62,5%) и 24 женщинами (37,5%). Средний возраст составил $63,6 \pm 9,4$ лет. Группы I и II были сопоставимы по возрастному и половому составу. Стадии РЖ были распределены по

системе TNM (UICC, 7-й пересмотр, 2009 год). Для оценки объемов лимфодиссекции использовали классификацию японской ассоциации по раку желудка (Japanese Gastric Cancer Association - JGCA, 1998 год). Стандартная лимфаденэктомия D1 включала в себя перигастральные лимфатические узлы (1-6 группы), расширенная лимфаденэктомия D2 включала в себя перигастральные лимфатические узлы по ходу ветвей чревного ствола и гепатодуоденальной связки (группы 1-11, 12а, 14v), а лимфаденэктомия D3 сопровождалась удалением парааортальных лимфатических узлов. Послеоперационные осложнения оценивали в соответствии с классификацией Clavien – Dindo (The Clavien – Dindo Classification of Surgical Complications, 2009 год). Результаты: В группе I 44 пациентам (65,3%) была выполнена гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода, 15 пациентам (22,7%) – субтотальная дистальная резекция желудка, а также 8 пациентам (12%) была выполнена проксимальная резекция желудка. 40 пациентам (62,5%) группы II была выполнена операция в объеме гастрэктомии с резекцией абдоминального отдела пищевода, 19 (29,6%) – субтотальная дистальная резекция желудка, 5 (7,9%) – проксимальная резекция желудка. Во всех случаях I и II группы в качестве лимфодиссекции была использована лимфаденэктомия D2. Достоверных отличий в количестве гастрэктомий и резекций желудка не отмечено. Несмотря на меньшую длительность операции в группе I (I – 287,5 мин., II- 365 мин.), достоверных отличий этих показателей в группах не отмечено. Объем кровопотери в группе II был достоверно ниже (I – 300 мл, II - 150 мл). Длительность госпитализации в группе I (26,5 койко-дней) оказалась в 1,5 раза больше по сравнению со II группой (18 койко-дней). Послеоперационный день в I группе составил 15,6 к/д, когда во II – 10,2 к/д. Показатели госпитальной/безрецидивной 2х-летней выживаемости составили 100/41,6% и 100/75,4% в группе I и II, соответственно. Таким образом, во II группе в результате более низкой частоты развития рака желудка наблюдалась и более высокая 2х-летняя безрецидивная выживаемость. Неосложненное течение послеоперационного периода было отмечено у 19 пациентов (28,8%) группы I и 45 пациентов (70,3%) группы II. У 47 пациентов (71,2%) группы I было отмечено развитие 17 осложнений, в группе II было диагностировано 11 осложнений у 18 пациентов (28,1%). Заключение. Таким образом, применение лапароскопических технологий продемонстрировало безопасность и эффективность методики для пациентов с осложненным раком желудка. Учитывая меньший объем интраоперационной кровопотери, меньшее количество послеоперационных осложнений и длительность госпитализации, более высокую 2х-летнюю безрецидивную выживаемость, лапароскопический доступ является достойной альтернативой «открытой» гастрэктомии при осложненном раке желудка.

**106. Эндоскопические технологии при острых
кровотечениях из злокачественных опухолей
пищеварительного канала**

*Смирнов Н.Л., Васильев А.А., Ельский И.К.,
Смирнова П.Н.*

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Острые кровотечения из опухолей пищеварительного канала (КОПК) являются жизнеугрожающими осложнениями с высокими показателями летальности, что требует оптимизации хирургической тактики, в первую очередь путем более широкого применения эндоскопических методов гемостаза. Цель работы: обобщение опыта лечения пациентов с острыми кровотечениями из злокачественных опухолей пищеварительного канала. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 282 пациентов обоего пола возрастом 46-73 лет с кровотечением из злокачественных опухолей желудка (277 больных) или двенадцатиперстной кишки (5 наблюдений). Пациенты разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 145 больных, которым проведена общепринятая консервативная терапия, эндоскопический гемостаз по стандартной для язвенных кровотечений схеме. В группу 2 включены 282 пациента, которым каждые 4-8 часов выполняли эндоскопию с целью гемостаза и профилактики рецидива кровотечений, использовали коагуляционные (крио-, диатермо-, гидродиаатермо- или аргонплазменная коагуляция) и инъекционные методики гемостаза на фоне комплексной медикаментозной терапии. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния. Показанием к экстренной операции в обеих группах считали отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 12 часов либо развитие рецидивного кровотечения. Результаты и обсуждение. Консервативная терапия была эффективна у 77 (53,1%) пациентов группы 1 и 186 (65,9%) группы 2, что значительно ($p=0,0097$) выше. Это обусловлено, прежде всего, применением эндоскопических способов гемостаза и профилактики рецидива КОПК. Ургентные операции потребовались 21 (14,5%) пациенту группы 1 и 10 (3,5%) пациентам группы 2 – ($p<0,0001$), из которых 5 (1,8%) – до возникновения КОПК в связи с высоким его риском. Количество ранних плановых вмешательств – соответственно 47 (32,4%) и 86 (30,5%) не имело значимых отличий. При этом общая послеоперационная летальность была значительно ниже в группе 2 по сравнению с группой 1 (соответственно 15 (5,3%) и 28 (19,3%), $p<0,0001$). Это объясняется, в частности, выполнением экстренных операций в группе 2 при высоком риске рецидива до его развития, что позволило избежать операции в неблагоприятных условиях – при продолжающемся кровотечении; также раннем выявлении рецидива при динамических эндоскопиях. Выводы. Использование при КОПК эндоскопии с целью мониторинга состояния, достижения гемостаза, динамического контроля и профилактики рецидива способствует значи-

мому снижению потребности в оперативном лечении в 1,4 раза, в ургентных операциях – в 4,1 раза, летальности – в 3,6 раза, что указывает на высокую клиническую целесообразность метода.

**107. Алгоритмы малотравматичного лечения
осложненных форм панкреонекроза**

*Васильев А.А., Буйнов К.И., Ельский И.К.,
Хавандеев М.Л.*

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Прогрессивное развитие деструктивных изменений в поджелудочной железе с формированием панкреонекроза развивается у 30-35% пациентов с острым панкреатитом. Общая летальность при остром деструктивном панкреатите колеблется в пределах 24-60%, а послеоперационная достигает 70%. В настоящее время приоритет отдается малотравматичным методам хирургического лечения осложненных форм панкреонекроза. Цель работы: разработка алгоритмов выбора малотравматичных методов лечения осложненных форм панкреонекроза и оценка их эффективности. Материал и методы. Проведено обследование и лечение 247 пациентов обоего пола возрастом 39-68 лет с осложненными формами панкреонекроза. Выбор тактики лечения определялся данными клинического и ультразвукового (УЗ) обследования. Результаты и обсуждение. Лапароскопию, лапароцентез и дренирование брюшной полости выполнены 81 (32,8%) больному с ферментным перитонитом. Длительность стояния дренажа в брюшной полости составила 3-4 суток. От полиорганной недостаточности на фоне тотального панкреонекроза умерло 8 (9,9% от объема подгруппы) пациентов. Чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под УЗ контролем с целью билиарной декомпрессии выполнили 18 (7,3%) больным с УЗ признаками билиарной гипертензии с расширением общего желчного протока до 10 мм и более. Папиллостеноз исключали при дуоденоскопии. Летальных исходов не было. Аспирация и дренирование патологических жидкостных коллекторов брюшной полости и забрюшинного пространства показаны при наличии любых полостных образований диаметром более 30 мм. Указанные вмешательства явились наиболее востребованными и были выполнены 138 (55,9%) больным, в т.ч.: абсцессы поджелудочной железы и сальниковой сумки – 31 (12,6%); острые кисты поджелудочной железы – 52 (21,1%); оментобурсит – 44 (17,8%); флегмона забрюшинного пространства – 11 (4,5%). Продолжительность дренирования определялись особенностями клинического течения и данными УЗ мониторинга и варьировала от 3

до 90 суток. Летальных исходов не было. При определяемых эхографически крупных некротических секвестрах в полости забрюшинной флегмоны чрескожное дренирование нецелесообразно. УЗ оценка границ и конфигурации гнойника предоставляет возможность выполнить люмботомию «малым» доступом с последующей некрсеквестрэктомией и наружным дренированием и избрать оптимальное расположение дренажей в полости флегмоны. Такие вмешательства проведены 10 (4,0%) пациентам. 1 (10,0% от объема подгруппы) больной умер в послеоперационном периоде. Заключение. Малотравматичные способы хирургического лечения осложненных форм панкреонекроза являются высокоэффективными (общая летальность составила 3,6%) и клинически целесообразными. Выбор способа малотравматичного лечения следует осуществлять с учетом характеристик патологического коллектора, в оценке которых приоритетным методом является УЗИ. Индивидуализированный подход позволяет минимизировать лечебное воздействие без ущерба его эффективности.

**108. Динамика печеночной перфузии
у пациентов с обтурационной желтухой
злокачественного генеза после мининвазивной
эхоконтролируемой декомпрессии**

*Васильев А.А., Смирнов Н.Л., Сартан Д.И.,
Яфарова Р.Т.*

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Обтурационная желтуха различного генеза является тяжелым состоянием, сопровождающимся высокой летальностью. В настоящее время распространенным способом билиарной декомпрессии является чрескожные пункционные вмешательства под ультразвуковым (УЗ) контролем. Однако в ряде случаев их осложнением является острая печеночная недостаточность. Цель работы: оценка изменений печеночной гемодинамики после чрескожной эхоконтролируемой билиарной декомпрессии как возможной причины развития острой печеночной недостаточности. Материал и методы. У 46 больных возрастом $66,8 \pm 11,5$ лет, из которых 31 (67,4%) женщина и 15 (32,6%) мужчин, с обтурационной желтухой опухолевого генеза выполнено ультразвуковое исследование в режиме импульсной доплерометрии с оценкой в общей печеночной артерии (ОПА) и воротной вене (ВВ), верхней брыжеечной артерии (ВБА) стандартных параметров кровотока: пиковая систолическая скорость кровотока (ПСС), конечная диастолическая скорость кровотока (КДС), средняя скорость кровотока (ССК), объемная скорость кровотока (ОСК), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI). Всем пациентам

выполнена эхоконтролируемая билиарная декомпрессия в объеме чрескожной чреспеченочной микрохолангистомии или чрескожной чреспеченочной холангиостомии под ультразвуковым контролем, после чего доплерометрию повторяли. Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что гемодинамические расстройства в печени при обтурационной желтухе характеризуются ростом сосудистого сопротивления и снижением общей печеночной перфузии в результате уменьшения притока крови по воротной вене, которое в определенной мере компенсируется «артериализацией» кровоснабжения печени по ОПА. Это проявлялось значимым увеличением пиковой систолической скорости кровотока, конечной диастолической скорости кровотока в бассейне ОПА и изменениями показателей периферического сопротивления – RI и PI. Отмечено увеличение сосудистого сопротивления артериальному кровотоку в ВБА, ведет к уменьшению кровотока по ВБА и, как следствие, по воротной вене. Кровоток по ОПА был равен 250 мл/мин, а по ВВ – 825 мл/мин. Печеночно-портальное отношение составило 1:3, общий печеночный кровоток составил 1075 мл/мин. После декомпрессионных операций под ультразвуковым контролем был констатируется выраженный дисбаланс артериально-портального соотношения, явления недостаточного кровоснабжения заменялись неэффективной гиперперфузией. Общий объем печеночной перфузии у больных после декомпрессионных операций увеличивался, хотя и не достигал нормальных значений. Наблюдали перераспределение печеночной перфузии: увеличение артериального кровотока в ОПА в большей степени за счет снижения венозного в ВВ. Выводы. Таким образом, билиарная декомпрессия тракта влияет на показатели портосистемной гемодинамики. Быстрое неконтролируемое снижение билиарного давления негативно отражается на резком изменении печеночной перфузии, что, возможно, способствует развитию острой печеночной недостаточности. Полученные сведения могут быть использованы для профилактики осложнений после эхоконтролируемого билиарного дренирования.

**109. Опыт чрескожных чреспеченочных
дренирующих вмешательств под контролем УЗИ
в лечении больных с обтурационной желтухой**

*Смирнов Н.Л., Ельский И.К., Яфарова Р.Т.,
Хавандеев М.Л.*

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Послеоперационная летальность при обтурационной желтухе, вызванной злокачественными опухолями, составляет 30-33%, и 6-8% при неопухолевой этиологии, что в значительной мере обусловлено изменениями, вызванными длительной желчной гипертензией. Снизить послеоперационные осложнения и летальность позволяет билиарная декомпрессия, обеспечивающая восстановление функции печени и нормализацию гомеостаза, она же может быть выполнена в качестве паллиативного вмешательства. На современном этапе оптимальным способом достижения билиарной декомпрессии являются чрекожные пункционные вмешательства под контролем УЗИ. Цель работы – обобщение опыта чрескожных чреспеченочных дренирующих вмешательств (ЧЧДВ) под контролем УЗИ у больных с обтурационной желтухой. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 92 больных обоего пола возрастом 60-93 лет с обтурационной желтухой продолжительностью более 5 суток. Из них у 75 (81,5%) желтуха была вызвана злокачественными опухолями БСДПК, печени или головки поджелудочной железы, у 11 (12,0%) – рубцовыми стриктурами или ятрогенными повреждениями, у 6 (6,5%) – холангитическими абсцессами печени. Уровень билирубина в сыворотке крови у 75 (81,5%) больных превышал 100 мкмоль/л, у 34 (36,9%) – 300 мкмоль/л, клиническая картина гнойного холангита отмечена в 21 (22,8%) случае. Всем пациентам выполнены ЧЧДВ под контролем УЗИ: 74 (20,4%) больным – чрескожная чреспеченочная микрохолестостомия (ЧЧМХС), 12 – (13,0%) – чрескожная чреспеченочная холангиостомия, 6 (6,5%) – пункционное дренирование холангитических абсцессов печени. Тип ЧЧДВ и траекторию доступа избирали индивидуально с учетом данных УЗИ. У 14 (15,2%) больных вмешательства имели паллиативный характер. Оценка результатов лечения проводили на 3-10 сутки после лечения с использованием оригинальной балльной шкалы, учитывающей данные клинических, ультразвуковых (в В-режиме и импульсной доплерографии) и лабораторных исследований. Результаты и обсуждение. На 3 сутки после проведенных ЧЧДВ у 82 (89,1%) пациентов отмечено улучшение клинического состояния. У 78 (84,8%) больных на 4-5 сутки после лечебного вмешательства уровень билирубина в сыворотке крови значимо снижался. При УЗИ на 3 сутки после проведения желчевыводящих вмешательств во всех случаях отмечено уменьшение диаметра холедоха: у 33 (35,9%) больных до 4,5-4,9 мм, у 21 (22,8%) – до 5,0-5,4 мм, у 20 (21,7%) – до 5,5-5,9 мм, у 9 – до 6,0-6,5 мм, у 2 (2,2%) до 9 мм. Отмечено улучшение гемодина-

мических характеристик печеночного кровотока на 3-10 сутки у 81 (88,0%) пациента. При оценке результативности ЧЧДВ с применением собственной балльной шкалы у 90 (97,8%) больных оно было расценено как эффективное, у 1 (1,1%) – условно эффективное (при отсутствии клинического улучшения отмечено благоприятное изменение биохимических показателей, а улучшение по данным УЗИ выявлено лишь на 7 сутки после лечения), в 1 (1,1%) наблюдении ЧЧДВ было неэффективным. Осложнение в виде подтекания желчи возникло у 1 больного. Выводы. Таким образом, ЧЧДВ под контролем УЗИ, которые, благодаря минимальной травматизации, имеют явные преимущества перед аналогичными вмешательствами, могут быть широко использованы в лечении больных обтурационной желтухой вне зависимости от ее этиологии в качестве подготовки к хирургическому лечению основного заболевания. Нормализация оттока желчи, обеспечивающая восстановление биохимических показателей, печеночной гемодинамики и общее улучшение клинического состояния пациента дает возможность выполнить хирургическое вмешательство в наиболее благоприятных условиях в плановом порядке, снизив риск его неблагоприятных исходов. В случаях, когда устранение причины билиарного блока не представляется возможным, выполнение ЧЧДВ, не избавляя пациента от причины болезни, позволяет обеспечить восстановления оттока желчи, предотвратить печеночную недостаточность, улучшить качество жизни пациента. Полученные данные указывают на целесообразность широкого клинического применения данной технологии в лечении больных с обтурационной желтухой.

**110. Индивидуально-рациональная тактика
лечения больных с кровотечениями в просвет
пищеварительного канала**

*Смирнов Н.Л., Васильев А.А., Сартан Д.И.,
Смирнова П.Н.*

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Кровотечение в просвет пищеварительного канала (КППК) является серьезным осложнением ряда заболеваний органов пищеварения, имеющим высокий (до 20%) уровень летальности. Наибольшие трудности возникают при лечении больных на высоте рецидивного КППК, частота которого достигает 20%, при этом послеоперационная летальность составляет до 30%. Цель работы – оценка эффективности оригинальной индивидуально-рациональной тактики (ИРТ) лечения больных с КППК в сравнении с традиционными схемами лечения. Материал и методы. Обобщен опыт лечения 14862 пациентов

с КППК, в т.ч. 6465 (43,5%) – пожилого и старческого возраста: 10251 (69,0%) мужчин, 4607 (31,0%) женщин. КППК язвенной этиологии выявлено у 9333 (62,8%), острые эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки – у 2185 (14,7%), синдром Маллори-Вейса – у 10,4%, синдром портальной гипертензии у 1040 (7,0%), опухоли пищеварительного канала – у 476 (3,2%), прочие редкой этиологии – у 104 (0,7%) больных. В 178 (1,2%) случаях причину КППК выявить не удалось. У 4178 (28,1%) больных использована активно-выжидательная тактика (группа АВТ): активное использование консервативных методов остановки КППК и выполнение оперативных вмешательств при их неэффективности. В 4395 (26,9%) случаях применяли активную тактику (группа АТ): выполнение хирургических вмешательств на высоте КППК или в ближайшие часы после его остановки. У 6289 (42,3%) пациентов была использована собственная индивидуально-рациональная тактика (группа ИРТ) с учетом количественно оцениваемых по оригинальной шкале операционного риска и риска рецидива кровотечения: использование консервативной терапии и эндоскопических методов для достижения гемостаза, эндоскопический мониторинг, отказ от экстренных операций при поступлении и их выполнение только при неэффективности консервативного и эндоскопического лечения либо при сохраняющемся высоком риске рецидива КППК. Группы были сопоставимы по составу, клиническому состоянию и нозологической структуре. Результаты и обсуждение. В группе АВТ эффективность комплексной консервативной терапии составила 73,2%, общая летальность – 12,4%, в т.ч. у пациентов с продолжающимся кровотечением – 38,5%, с рецидивным – 23,8%, у неоперированных больных – 9,4%, прежде всего, за счет продолжающихся и рецидивных кровотечений. Применение активной тактики (группа АТ) позволило значимо ($p < 0,001$) снизить общую летальность до 6,9%, послеоперационную летальность у пациентов с продолжающимся кровотечением до 14,3% ($p < 0,001$), рецидивным – до 10,2 %. В группе ИРТ дифференцированный подход к выбору тактики ведения пациента и использование эндоскопических методов позволили статистически значимо улучшить результаты лечения: добиться стойкого гемостаза у 90,4% больных и в большинстве (92,2%) случаев избежать оперативных вмешательств на высоте продолжающегося и рецидивного кровотечения, снизить общую летальность до 5,4%, а послеоперационную – до 5,3%. Заключение. Проведенные исследования показали, что оптимизировать хирургическое лечение пациентов с КППК позволяет собственная индивидуально-рациональная тактика, включающая индивидуализированный подход к выбору способа лечения, основанный на балльной оценке операционного риска и риска рецидива кровотечения по оригинальной шкале, приоритет консервативной терапии, активное использование эндоскопических методов для достижения гемостаза и динамического эндоскопического контроля, отказ от немедленного выполнения оперативного вмешательства. Предложенные методы позволили статистически значимо снизить количество выполняемых опе-

раций, общую и послеоперационную детальность, в т.ч. при рецидивных КППК.

111. Практика применения эндоскопической антеградной холедохоскопии в диагностике и лечении папиллостеноза

Курбангалеев А.И. (1,2), Сахабетдинов Б.А. (1,2),
Хутиев Г.Г. (2)

Казань

1 - Казанский государственный
медицинский университет

2 – Центральная городская клиническая
больница №18 г. Казани

Актуальность. В настоящее время в диагностике и лечении папиллостеноза широко применяются эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Данные методы могут привести к нередким осложнениям и имеют ряд недостатков, поэтому актуальность эндоскопической антеградной холедохоскопии (ЭАХ) растёт. Цель данного исследования заключается в том, чтобы оценить эффективность применения ЭАХ в диагностике и лечении папиллостеноза. Материалы и методы. Мониторинг и анализ истории болезней 32 пациентов с патологией желчевыводящих путей (ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, закупорка желчного протока, папиллостеноз 1–3 ст.) с 2013 по 2022 гг. на базе отделения хирургии ГАУЗ ЦГКБ №18 города Казани; анализ отечественной и зарубежной литературы на тему «диагностика и лечение папиллостеноза». Результаты. Пациентам, истории болезни которых проанализированы, была проведена лапароскопическая холецистэктомия с интраоперационной эндоскопической антеградной холедохоскопией, при которой был выявлен папиллостеноз 1–3 ст. Показанием к последующему бужированию считается сужение просвета большого дуоденального сосочка (БДС) менее 2 мм. ЭАХ у этих больных в 19 случаях (59,4%) производилась через пузырный проток, а в остальных 13 (40,6%) случаях – через холедотомию. При папиллостенозе 2–3 ст. производилось бужирование стенозированной части холедоха эндоскопическими бужами. Диаметр стартового бужа начинался с 2 мм, финишный – 6 мм. В ходе операции у 17 (53,1%) больных были обнаружены конкременты различного диаметра от 0,2 до 0,6 мм., находящиеся в терминальной части холедоха. В 3 (9,3%) случаях конкременты до 0,4 мм были обнаружены в внутриспеченочных протоках. В обоих случаях была произведена литоэкстракция с помощью корзинки Dormia. В случае обнаружения камня в БДС и невозможности его извлечь при холедоскопии, производилась интраоперационная ЭПСТ. После-

операционный период у 100% пациентов протекал без особенностей, выписывались с улучшением. Только 1 (3,2%) пациент имел в анамнезе рестенозирование БДС через 4,5 года после первого хирургического вмешательства, ему была выполнена ЭРХПГ и РЭПСТ. Таким образом, можно сделать вывод: анализ и мониторинг опыта применения ЭАХ с последующим бужированием при ЛХЭ показали высокую 5-летнюю послеоперационную эффективность (96,8%). Это означает, что данный метод может применяться в практике врача-хирурга не меньше, чем другие.

112. Первый опыт лапароскопических операций при колоректальном раке с применением флюоресцентной ангиографии с индоцианином зеленым

Кудряшов В.А.

Гомель

Гомельский областной клинический
онкологический диспансер

Актуальность. Ежегодно колоректальный рак (КР) диагностируют почти у 1 млн человек. Частота несостоятельности колоректального анастомоза (КРА) после оперативного лечения КР в различных клиниках достигает 23%. Наиболее распространенным методом объективной оценки кровоснабжения анастомозируемых сегментов кишечника является флюоресцентная ангиография (ФА). Применение ФА с индоцианином зеленым по литературным данным позволяет сократить количество несостоятельств КРА и длительность госпитализации. Материалы и методы. Проведено оперативное вмешательство 175 пациентам с КР. Женщин было 94, мужчин – 81. Оперативное вмешательство выполнялось пациентам в возрасте от 28 до 80 лет, и медиана возраста составила 60,5 (50,1; 68,3). Среднее время пребывания пациента в стационаре составляло $8,2 \pm 3,8$ дня. Средняя продолжительность операции составила 160,2 мин (интервал от 50 до 330 минут). I стадия опухолевого процесса была у 40 пациентов, II стадия – у 73, III стадия – у 46, IV стадия – у 7. 31 пациенту при наложении КРА, использовали ФА с применением индоцианина зеленого. Результаты и обсуждение. 65 пациентам выполнена резекция сигмовидной кишки, правосторонняя гемиколэктомия – 58, передняя резекция прямой кишки – 34, левосторонняя гемиколэктомия – 5, резекция поперечноободочной кишки – 4, в 9 случаях резекция различных отделов ободочной кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и резекция илеоцекального угла. Было выполнено 25 симультанных операций. Чаще всего выполнялись аднексэктомия – 8 случаев, холецистэктомия – 7, атипичная резекция печени по поводу ее метастатического

поражения – 5, в остальных 5 случаях выполнены пластики грыж, резекция почки. 31 больному, при наложении КРА, для минимизации риска его несостоятельности выполнена ФА с применением индоцианина зеленого. В 13 случаях при резекции сигмовидной кишки, в 18 при выполнении передней резекции прямой кишки. В 3 случаях ее проведение привело к изменению объема резекции проксимального отдела анастомозируемого сегмента кишки. Дополнительно резецировались до 2,5 см толстой кишки. Всем пациентам с наложенным КРА проводилась «Bubble-проба». В двух случаях положительный результат явился показанием для наложения колостомы. Ни одному пациенту после проведения исследования с индоцианином зеленым не выводилась колостома. Средняя кровопотеря составила 45,0 мл. (интервал от 10 до 350 мл). Послеоперационные осложнения были у 12 пациентов (6,9%). Осложнения в послеоперационном периоде были 12 пациентов. В двух случаях было кровотечение из илеотрансверзоанастомоза, в одном случае остановлено эндоскопически. У 2 пациентов была подкожная эвентрация в области срединной минилапаротомии. У 1 пациентки после низкой передней развилась микронесостоятельность анастомоза без перитонита, выведена трансверзостомы, в 1 случае развилась транзиторная лимфорея, в 1 – внутрибрюшное кровотечение и у 1 пациентки – тромбэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии. В 3 случаях развилась спаечная тонкокишечная непроходимость, выполнялось рассечение спаек, у одного из этих пациентки в послеоперационном периоде развился сепсис на фоне тяжелого псевдомембранозного колита, она умерла на 58 сутки после операции. Послеоперационная летальность составила 0,6%. Выводы: 1. Частота осложнений в период освоения лапароскопических и видеоассистированных вмешательств при колоректальном раке в ГОКОД составила 6,9%. 2. Первый опыт применения флюоресцентной ангиографии с индоцианином зеленым свидетельствует об его эффективности при оценке адекватности кровоснабжения анастомозируемых сегментов кишки. В 3 (9,0%) случаях после проведения ФА была изменена граница резекции кишки.

113. Лапароскопические реконструктивные вмешательства в колопроктологии

Луцевич О.Э., Прохоров Ю.А.

Москва

Центр эндохирургии и литотрипсии

Эндовидеохирургические операции в последнее время заняли лидирующие позиции в лечении хирургических заболеваний ободочной и прямой кишки. Радикальность такого рода вмешательств уже не является предметом

обсуждения. В то же время проблема использования эндовидеохирургических методик при выполнении реконструктивных операций на толстой кишке, особенно после выполненных открытым способом операций типа Гартмана, остается открытой. Мы располагаем опытом лечения 112 больных, которым в прошлом по экстренным показаниям была выполнена резекция левых отделов толстой кишки с формированием колостомы (операция типа Гартмана) по поводу различных заболеваний нисходящей и сигмовидной кишки. В хирургическом отделении ЦЭЛТ за последние 20 лет (2004-2024 г.) этим пациентам были проведены реконструктивные лапароскопические операции. В исследуемой группе было 74 мужчины и 38 женщин в возрасте от 28 до 83 лет. Сроки ношения колостомы составили от 2 месяцев до 7 лет, в среднем 1,3 года. Следует отметить, что отсрочка с восстановительной операцией на 2 и более года у некоторых пациентов объясняется боязнью повторного вмешательства, связанного с широкой лапаротомией и тяжелым течением послеоперационного периода при первом обращении. И лишь возможность избежать травматичного вмешательства и вернуться к нормальной жизни с помощью операции «без разреза» явилась решающим фактором повторного обращения пациентов к хирургу. В работе мы придерживались разработанного нами алгоритма. 1) До операции – обязательная ирригоскопия приводящего и отводящего отделов кишки для оценки локализации, длины и состояния дистальной культи, состояния приводящей кишки, а также выбора метода анастомозирования (ручной, механический). 2) Операции проводились под общим обезболиванием, вмешательство начинали с иссечения колостомы, мобилизации через колостомический доступ (при возможности) приводящей кишки, резекции поврежденных тканей, подготовки кишки к анастомозированию (при аппаратном шве). 3) После разделения спаек тупым и острым путем вокруг колостомы и в зоне пупка под визуальным контролем вводили оптический троакар, рану превентивно ушивали и накладывали пневмоперитонеум. 4) Дальнейшее вмешательство (синехиолизис, мобилизация проксимального и дистального участков кишки, ререзекция кишки в пределах здоровых тканей при дивертикулярной болезни) проводили под визуальным контролем с использованием лапароскопической техники трех портов, устанавливаемых в оптимальных для каждого конкретного случая точках. 5) С целью профилактики несостоятельности линию циркулярного механического шва укрепляли дополнительными отдельными ручными серозно-мышечными швами. Параколотомические грыжи с размером грыжевых ворот от 5 до 12 см имели место у 31 (28%) больного, и этим пациентам операцию заканчивали пластикой грыжевого дефекта с сетчатым протезом. После снятия колостомы у 83 (74%) пациентов с короткой дистальной культи сигмовидной кишки формирование анастомоза выполнено интракорпорально циркулярным сшивающим аппаратом Д 29-31 мм. При достаточной длине отводящего отрезка сигмовидной кишки у 29 (26%) больных формирование

конце-концевого колоанастомоза (поперечно-ободочная, нисходящая или сигмовидная кишка) произведено ручным однорядным швом экстракорпорально через минилапаротомию после иссечения стомы. Продолжительность операций составила от 75 до 180 мин, и операционное время зависело в основном от выраженности спаечного процесса в брюшной полости. У 15 больных для идентификации отводящего отдела кишки была использована интраоперационная колоноскопия. Среди наблюдаемых больных были 3 больных, которым первичное вмешательство (обструктивная резекция сигмовидной кишки при перфорации дивертикула с местным перитонитом) было выполнено нами в чисто лапароскопическом варианте. В последующем, в сроки от 4 до 7 месяцев, им была выполнена также лапароскопическая реконструктивная операция. Переходов к лапаротомии в связи с техническими трудностями, а также летальных исходов в наблюдаемой группе больных не было. У 1 больного во время операции при разделении спаек отмечено повреждение стенки тонкой кишки. Рана была ушита ручным швом интракорпорально. Других значимых интра- и послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Сроки послеоперационной госпитализации пациентов составили от 4 до 6 суток. Таким образом, реконструктивные лапароскопические вмешательства на толстой кишке малотравматичны, сопровождаются низким числом осложнений, высоким косметическим эффектом, и могут быть рекомендованы в широкую клиническую практику.

114. Ретроградные эндобилиарные вмешательства при атипичном расположении большого дуоденального сосочка

Хахимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Собиров Б.М.,
Жуманазаров А.У., Кушиев Ж.Х., Элмуратов И.У.,
Жумаев А.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Одним из основных причин неудач при выполнении ретроградных эндобилиарных вмешательств (РЭВ), которые заключаются в невозможности канюляции, является атипичное расположение большого дуоденального сосочка (БДС). При этом частота неудач РЭВ достигает до 15-20%. Цель: Улучшение результатов лечения механической желтухи (МЖ) доброкачественного генеза путем улучшения тактических приемов выполнения ретроградных вмешательств при атипичном расположении БДС. Материалы и методы. Представлены результаты лечения 250 пациентов с клиникой МЖ. Больные были разделены на 2 группы: контрольная и основ-

ная. В основной группе в отличие от контрольной была применена виды и методы бесконтрастной канюляции общего желчного протока с помощью гайд-проводника. В норме при ретроградных манипуляциях БДС расположен в проекции 11 часов по циферблату относительно оси дуоденоскопа, продольная складка идёт сверху вниз, таким образом устье БДС смотрит на камеру или вниз. Расположение БДС в других проекциях по циферблату являются атипичным, что приводит к техническим трудностям при выполнении двух этапов РЭВ: канюляции и папиллотомии. Учитывая вышеуказанное, нами была предложена градация степеней атипичности БДС, и в зависимости от выраженности атипичности предлагается дифференцированный подход к выполнению РЭВ. 1. Маловыраженная атипичность расположения БДС (атипичность 1 степени). БДС расположен в промежутке времени между 10 и 12 часами по циферблату (отклонение в обе стороны не более 10 градусов от нормы). Это чаще связано с возможными нормальными анатомическими вариантами строения 12 п.к. При 1 степени атипичности БДС изменяется позиция пациента «на левый бок» на этапе канюляции, для выполнения ретроградных манипуляций используется эндоскоп с боковой оптикой. 2. Выраженная атипичность расположения БДС (атипичность 2 степени). БДС расположен с отклонением до 3-х часов в каждую сторону по циферблату (отклонение в обе стороны не более 25 градусов от нормы). Это чаще связано с язвенно-рубцовой деформацией ДПК, парафатеральными дивертикулами ДПК и реже с анатомическими особенностями организма. При 2 степени атипичности БДС применяется ротационный папиллотом на обоих этапах РЭВ, для выполнения ретроградных вмешательств используется дуоденоскоп с боковой оптикой, при 4-5 кратной безуспешной канюляции вне зависимости от времени необходимо перейти на альтернативный метод лечения. 3. Сложная атипичность расположения БДС (атипичность 3 степени). БДС расположен с отклонением более 3х часов в каждую сторону по циферблату (отклонение в обе стороны более 25 градусов от нормы). Это чаще связано с перенесенными реконструктивными операциями на ЖКТ. При 3 степени атипичности БДС необходимо использование ротационного папиллотом на обоих этапах ретроградных манипуляций, при необходимости целесообразно использование эндоскопа с торцевой оптикой, при безуспешной 2-3-х кратной канюляции БДС нужно перейти на альтернативный метод лечения. Полученные результаты: Применение приемов и методов канюляции БДС на основе градаций атипичного расположения БДС в ДПК по циферблату, дало возможность сократить количество безуспешных канюляций большого дуоденального сосочка с 19% до 5%, частоту осложнений с 25,5% до 6,6% и летальности с 5,6% до 0%. Заключение: Таким образом, использование новых технических подходов и приемов во время ретроградных манипуляций у больных с механической желтухой доброкачественного генеза позволило улучшить результаты лечения, снижая количество безуспешных канюляций, постманипуляционных осложнений и летальности.

**115. Пути улучшения результатов лечения
посттравматического свернувшегося
гемоторакса**

Беркинов У.Б., Рашидов Д.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. На сегодняшний день проблема закрытой травмы груди остается одной из самых актуальных в современной хирургии и травматологии и зачастую является одной из основных причин летальных исходов, достигая по данным разных авторов до 30%. Материал и методы исследований. За период с 2012 года по настоящее время в хирургическую клинику Ташкентской медицинской академии было госпитализировано 692 пациента с закрытой травмой груди (ЗТГ). Средний возраст пострадавших составил $37,8 \pm 1,5$ года. Свернувшийся гемоторакс (СГ) был выявлен у 65 (9,2%) пациентов. Как показал проведенный анализ, СГ развивался из-за неадекватной работы дренажей (больные поступали из других клиник), позднего обращения пациентов. Кроме того, развитие СГ встречалось у пострадавших пожилого и старческого возраста, а также при множественных переломах. Полученные результаты. Предпринятая видеоторакоскопическая ликвидация СГ у этих больных позволила эффективно освободить плевральную полость в 52 (80%) случаях. Как правило, это были случаи сроком до 10 суток от момента развития СГ. Для разрушения и эвакуации свернувшейся крови в этих случаях использовали наконечник «Брюсан». В более поздние сроки свернувшаяся кровь за счет фибриновых тяжей плотнее спаяывалась с плеврой и для ее отделения было эффективным выполнить ее через миниторакотомию. Так в сроки 10-14 суток выполнены в 10 (15,4%) случаях ликвидация СГ видеоассистированно. В поздние сроки в оставшихся 3 (4,6%) случаях в связи с инфицированностью СГ была необходима торакотомия, так как возникала необходимость плеврэктомии и декорткации. Заключение. Применение данной тактики позволило избежать грубых специфических осложнений со стороны грудной клетки. Летальный исход отмечен в 1 случае в связи имевшейся тяжелой политравмой. Благодаря своим лечебным возможностям видеоторакоскопия способствовала снижению частоты торакотомии до 4,6% и среднего пребывания пациентов в стационаре до $9,4 \pm 2,3$ койко-дня, а также снизить травматичность выполняемых операций у этой сложной группы пациентов.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ
«35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

116. Сравнительная оценка эффективности боковой трансабдоминальной и задней забрюшинной адреналэктомии у больных с синдромом Кушинга

Беркинов У.Б., Сахибаев Д.П., Омонов Ж.Ш., Жураева М.М.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. На сегодняшний день видео-эндоскопическая адреналэктомия (ВЭА) является золотым стандартом в лечении доброкачественных опухолей надпочечников. Для ее осуществления используют чаще боковой трансабдоминальный доступ (БТА) и задний забрюшинный (ЗЗА). Выбор доступа зависит, как правило, от противопоказаний к конкретному подходу в индивидуальном случае, а также опыта хирурга. Цель исследования. сравнить два доступа: БТА и ЗЗА, учитывая собственный опыт и данные литературы у больных с синдромом Кушинга. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 94 случаев синдрома Кушинга, из которых в 71 случае было одностороннее поражение надпочечников. В 21 случае была необходимость выполнения двусторонней ВЭА, из которых в 19 случаях она была выполнена поэтапно (в 11 случаях при болезни Кушинга (БК) после неудачной транссфеноидальной аденомэктомии (ТАЭ), в 1 — при эктопическом синдроме Кушинга (ЭСК), в 7 — при двусторонней кортикостероме), а в двух случаях — одномоментно (в 2 случаях при двусторонней кортикостероме). Сравнительная оценка включала длительность операции, периоперационную кровопотерю и послеоперационные осложнения, длительность послеоперационного периода. Результаты. Из 94 предпринятых вмешательств в 53 случаях выполнена БТА, а в 51 — ЗЗА. Средний размер опухолей при БТА составил 4,2 см, а при ЗЗА - 2,8 см. Средняя продолжительность БТА составила 105 мин, в случае ЗЗА - 82,6 мин. Существенных различий в объеме кровопотери между двумя доступами не было. Среднее послеоперационное пребывание в стационаре после БТА составило 4,5 дня, а после ЗЗА - 3,2 дня. Выводы. ВЭА является эффективным и безопасным вмешательством как в случае бокового трансабдоминального доступа, так и заднего забрюшинного. Выбор доступа зависел от конституциональных особенностей пациента, размера опухоли, наличия патологии, требующей хирургической коррекции. По нашему опыту, наиболее эффективным подходом в случае опухолей меньше 5 см и при двустороннем поражении является ЗЗА, а при больших размерах и ИМТ более 40 — БТА.

117. Наш опыт двусторонней адреналэктомии при АКТГ-зависимом синдроме Иценко-Кушинга

Беркинов У.Б., Сахибаев Д.П., Омонов Ж.Ш., Жураева М.М.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

К настоящему времени достигнут значительный прогресс в диагностике и лечении эндогенного гиперкортицизма. Внедрение лапароскопической адреналэктомии у больных с болезнью и синдромом Иценко-Кушинга значительно улучшило результаты их хирургического лечения. Основной проблемой на сегодняшний день является ранняя и своевременная диагностика причины гиперкортицизма. В случаях первичного поражения надпочечников, а также рецидива гиперкортицизма после безуспешной транссфеноидальной аденомэктомии (ТАЭ) окончательным решением является двусторонняя адреналэктомия (ДАЭ). Целью данного ретроспективного исследования была оценка результатов ДАЭ при эндогенном гиперкортицизме. Материал и методы. Из проанализированных 16 случаев двусторонней адреналэктомии (ДАЭ) в 14 она была выполнена поэтапно (в 11 случаях при болезни Кушинга (БК) после неудачной транссфеноидальной аденомэктомии (ТАЭ), в 2 — при эктопическом синдроме Кушинга (ЭСК), в 1 — при двусторонней кортикостероме), а в двух случаях — одномоментно (в 2 случаях при двусторонней кортикостероме). Возраст пациентов в среднем составил $30,14 \pm 4,13$ года. В случаях одномоментной адреналэктомии она выполнялась трансабдоминально, а при поэтапной — ретроперитонеоскопически. Результаты. Медиана периода наблюдения составила 35,5 месяцев. После ДАЭ подавляющее большинство (75%) пациентов потеряли избыточный вес и достигли $ИМТ < 25$ ($P < 0,001$). Также наблюдалось статистически значимое улучшение артериальной гипертензии (с 93,75% до 50%) ($P < 0,005$). До операции сахарным диабетом страдали 56,25%, а после операции — 18,5%. Острая надпочечниковая недостаточность развилась у 25% больных. Летальный исход в период наблюдения наблюдался в 18,75% случаев. Заключение. БАЭ является эффективным методом лечения проявлений гиперкортицизма у больных с болезнью и синдромом Иценко-Кушинга. Она обеспечивает хорошее паллиативное лечение БК при неэффективности ТАЭ и ЭСК. Летальность в послеоперационном периоде напрямую связана с тяжестью осложнений, развивающихся в дооперационном периоде.

**118. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ
ДИАФРАГМЫ**

*Мухиддинов Н.Д. (1,2), Абдуллозода Ф.А. (1),
Болтуев К.Х. (1), Рузибойзода К.Р. (2)*

Душанбе, Таджикистан

(1) ГОУ «Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения Республики
Таджикистан»

(2) ГОУ «Таджикский государственный
медицинский университет имени Абуали ибни
Сино»

Актуальность. В структуре диафрагмальных грыж нетравматической этиологии доминирующее положение занимают грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), достигая 98% всех случаев. Современная хирургическая практика определяет лапароскопический доступ как приоритетный метод оперативного лечения ГПОД [4,9]. Клиницисты сталкиваются с существенными затруднениями при определении оптимальной техники крурорафии и выборе типа имплантата (синтетического или биологического) для пластики дефекта, особенно при наличии больших и гигантских ГПОД или атрофических изменений диафрагмальных ножек. Цель исследования. Оценить эффективность лапароскопической коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием композитного сетчатого протеза. Материал и методы. В данное исследование были включены 140 пациентов с диагностированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Для оценки эффективности различных хирургических подходов больные были распределены на две группы. В основную проспективную группу вошли 73 пациента (52,1%), которым была применена инновационная методика лапароскопической коррекции, разработанная специалистами центра. Контрольная ретроспективная группа состояла из 67 больных (47,9%), получивших лечение с использованием стандартных открытых оперативных вмешательств. Рецидивы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы были зарегистрированы у 21 (15,0%) пациента. Малые грыжи встретились в 95 (67,9%) случаях, большие грыжи — у 34 (24,3%) пациентов, а гигантские грыжи — у 11 (7,8%) пациентов. Результаты. В основной группе у 68 (93,2%) пациентов были выполнены различные варианты лапароскопической фундопликации с задней крурорафией. Только в 5 (6,8%) случаях по строгим показаниям была произведена лапаротомия с фундопликацией по Nissen в модификации нашей клиники, также с применением задней крурорафии. В целях профилактики рецидива грыжи в 30 (41,1%) случаях был применён разработанный в нашей клинике метод лапароскопической фундопликации по Nissen с задней крурорафией. Суть методики заключается в том, что после ушивания задних ножек диафрагмы не рассасывающимся шовным материалом, для профилактики рецидива грыжи, дополнительно используется композитный сетчатый протез

U-образной формы. Протез накладывается на задние ножки диафрагмы, композитной частью обращённой к брюшной полости, где соприкасается со стенкой желудка и пищевода. Анализ отдалённых результатов хирургического лечения продемонстрировал полное отсутствие рецидивов в основной группе пациентов. В противоположность этому, в контрольной группе повторное возникновение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы было зарегистрировано у 8 пациентов, что составило 15,3% случаев. Заключение. Таким образом, для пациентов с большими и гигантскими размерами ГПОД, а также при рецидивных формах заболевания, целесообразно проведение фундопликации по Nissen с задней крурорафией лапароскопическим способом. В таких случаях рекомендуется использование композитного сетчатого протеза по модификации клиники, что патогенетически обосновано для профилактики рецидива и снижения частоты послеоперационных осложнений.

**119. К вопросу о классификации синдрома
Меллори-Вейса**

*Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Ашуров Ш.Э.,
Ашуралиев Ш.Х.*

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. К настоящему времени не существует практичной классификации синдрома Меллори-Вейса, который позволял бы оценить полную картину заболевания и выбрать наиболее оптимальный способ лечения. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с синдромом Меллори-Вейса путем систематизации клинических признаков заболевания и дифференцированного подхода к выбору метода лечения. Материалы и методы: Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 112 пациентов с синдромом Меллори-Вейса. Все больные были распределены на две клинические группы - контрольную и основную. В контрольную группу вошли 64 пациента, которым выполнены традиционные лечебные подходы. В основной группе 48 больным осуществлен усовершенствованный нами комплекс лечебных мероприятий. Полученные результаты. Нами предложена классификация синдрома Меллори-Вейса. I. По локализации поражения EF тип (esophageal fissure) - Нижняя треть пищевода KEF тип (kardioesophageal fissure) - Кардио-эзофагиальный переход KESF тип (kardioesophageal-stomach fissure) - кардио-эзофагеальный переход с распространением на слизистую желудка HF тип (hernial fissure) - трещина внутри грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). II. По количеству разрывов Единичный Множественный III. По

длине разрыва Малая - до 1,0 см Средняя - от 1,0 до 2,0 см Большая - более 2,0 см IV. По глубине дефекта 1 стадия - разрыв слизистой оболочки. 2 стадия - разрыв слизистой оболочки и подслизистого слоя. 3 стадия - разрыв с вовлечением циркулярного мышечного слоя. 4 стадия - разрыв всех слоев пищевода. V. По интенсивности кровотечения 1 степень - продолжающееся кровотечение 1а - струйное, профузное артериальное кровотечение, не виден источник из-за невозможности санировать пищевод от крови 1б - струйное, артериальное кровотечение, возможность санации пищевода даёт возможность определить источник кровотечения 1в - венозное кровотечение, тромбы отсутствуют 1г - трещина покрыта свежими тромбами, под ними имеется подсаживание крови 2 степень - остановившееся кровотечение 2 а - видимый тромбированный сосуд в области разрыва 2 б - фиксированный сгусток в области разрыва без кровотечения 2 в - разрыв покрыт фибрином 3 - разрыв без признаков кровотечения, грануляция трещины. На выбор метода гемостаза основную роль играет интенсивность кровотечения и типы расположения трещины. При кровотечениях 1а, 1б степени вне зависимости от типа расположения (ЕФ, КЕФ, КЕСФ и НФ типы) выполняется клиппирование или электрокоагуляция кровоточащего участка. При невозможности эндогемостаза осуществляется временный гемостаз путем установки модифицированного зонда Блекмора на 24-48 часов с последующей попыткой клиппирования кровоточащего участка. При неэффективности эндоскопического гемостаза выполняется открытое хирургическое вмешательство. Однако при расположении источника внутри, необходимо установить назогастральный зонд для промывания желудка с последующим эндоскопическим клиппированием трещины. При КЕСФ типе выполняется ретроградное клиппирование трещины желудка после остановки кровотечения с помощью зонда Блекмора. При 1в степени из-за высокого риска рецидива кровотечения осуществляется инъекция краев трещины с электрокоагуляций. При кровотечениях 1г степени осуществляется обкалывание краев трещины 33% раствором этанола (до 20 мл) с целью профилактики рецидива кровотечения. При 2а степени из-за высокого риска рецидива осуществляется клиппирование или же электрокоагуляция тромбированного сосуда с помощью эндоскопического москит - зажима. При кровотечениях 2б, 2в и 3 степени проводится консервативное лечение. Заключение. Дифференцированный подход к выбору метода гемостаза позволил повысить эффективность первичного гемостаза с 78,1% до 91,7%, уменьшить частоту повторных эндоскопических вмешательств с 15,6% до 6,3% и сократить необходимость в выполнении открытых хирургических вмешательств с 6,3% до 2,1%.

120. Результаты применения разных способов обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии. Проспективное контролируемое исследование

*Панкратов А.А. (1), Куликов И.И. (2),
Матков И.В. (2), Кривоносов К.В. (2),
Плюснин Б.И. (1), Сафронов Д.А. (1),
Мамонов Д.А. (1), Косьяненко В.В. (1)*

Москва

1) РосУниМед 2) ГКБ им. В.П. Демикова

Актуальность Несмотря на широкое распространение лапароскопической аппендэктомии, результаты многих исследований демонстрируют больший процент внутрибрюшных осложнений (абсцессов и инфильтратов) после лапароскопической операции в сравнении с открытой при остром аппендиците. Учитывая тот факт, что кардинальное отличие техники выполнения лапароскопической аппендэктомии от открытой в стандартном варианте заключается в способе обработки культи отростка, логично предположить, что наиболее вероятной причиной увеличения частоты осложнений при лапароскопической операции является применение непогружных способов обработки культи. Современные научные данные свидетельствуют о том, что оптимальный способ обработки культи аппендикса при лапароскопической аппендэктомии не определен, в то время как актуальность проблемы частоты развития внутрибрюшных осложнений сохраняется, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этой области. Цель Определить оптимальный способ обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии. Задачи 1) Изучить влияние трёх различных способов обработки культи червеобразного отростка на частоту развития внутрибрюшных осложнений. 2) Проанализировать длительность вмешательства в трёх экспериментальных группах. 3) Оценить стоимость лечения в трёх группах больных. 4) На основании сравнительного анализа результатов лечения в трёх экспериментальных группах определить оптимальный метод обработки культи аппендикса. Материалы и методы На базе ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ в период с 2019 по 2022 год проводилось 1-центровое проспективное контролируемое исследование. Метод распределения пациентов по группам: квазирандомизация простым чередованием. Больные, 129 человек (66 женщин и 63 мужчины) в возрасте $34,9 \pm 12,3$ лет, были распределены на 3 группы в зависимости от способа обработки культи аппендикса: погружной, лигатурный и аппаратный. Для сравнения выбраны способы, имеющие наиболее принципиальные отличия. Для участия в исследовании сформирована группа хирургов с опытом работы в urgentной хирургии не менее 10 лет, уверенно владеющих техникой лапароскопического интракорпорального шва. Выбор метода обработки культи аппендикса был предопределен протоколом исследования. Критерии включения: все лапаро-

скопические аппендэктомии, выполненные по протоколу выбранными для исследования хирургами за указанный период. Критерии невключения: невозможность выполнить лапароскопическую аппендэктомию одним из изучаемых способов (например, перфорация в области основания отростка, тифлит). Критерии сравнения: частота внутрибрюшных осложнений (абсцесс, инфильтрат, несостоятельность культи аппендикса, кишечный свищ, ранняя спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение); длительность операции; стоимость лечения; техническая сложность метода. Флегмонозный аппендицит выявлен у 121 (93,8%) больного, гангренозный у 7(5,4%), катаральный у 1(0,8%). В 18(14%) случаях выявлены осложненные формы заболевания: перитонит у 14 больных, тифлит у 3, перфорация у 1. Результаты Интраоперационных осложнений не отмечено. У 6 (4,7%) больных выявлены легкие послеоперационные осложнения: 1 нагноение раны, 2 бессимптомных инфильтрата, 1 гематома брюшной полости, не требовавшая повторного вмешательства, 2 случая длительной гипертермии без выявленной причины. Не зарегистрировано ни одного случая развития осложнения, выбранного в качестве критерия сравнения. При погружном способе отмечено наибольшее время операции - $53,5 \pm 14,5$ минуты, при аппаратном - $46,2 \pm 18,1$, при лигатурном - $45,7 \pm 13,7$. По стоимости операции наиболее затратным являлся аппаратный метод – 46500 рублей, при лигатурном методе – 25250 рублей, при погружном – 25500 рублей. Лигатурный метод имел превосходство по технической простоте. Обсуждение Специфика дизайна исследования позволила избежать возможных искажений результатов путем исключения влияния фактора недостаточного опыта и квалификации хирурга. Зарегистрированный уровень послеоперационных осложнений превосходит как большинство литературных данных, так и наши собственные наблюдения за предыдущий период. Вероятнее всего, столь низкая частота осложнений объясняется квалификацией хирургов, участвовавших в исследовании. Данные рассуждения в купе с отсутствием различий между группами по частоте осложнений приводят нас к банальному заключению о том, что наиболее эффективным путем улучшения результатов лапароскопической аппендэктомии является не поиск оптимального технического решения, а повышение квалификации хирурга. Выводы и рекомендации Частота развития послеоперационных осложнений не зависит от способа обработки культи червеобразного отростка. Ни один из исследованных методов обработки культи не имеет преимуществ по частоте развития осложнений. Лигатурный способ следует считать методом выбора, так как он превосходит конкурирующие способы по скорости, стоимости и технической простоте, не уступая им по безопасности.

121. Пути снижения геморрагических осложнений после лапароскопической холецистэктомии

Хакимов М.Ш., Эрнazarов Х.И.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Одним из редких, но грозных осложнений после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), являются внутрибрюшные кровотечения, частота которых при остром холецистите достигает до 0,6-1,3%. Наиболее частой причиной источником кровотечения является пузырная артерия, нередко случаи геморагии с ложа желчного пузыря. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных после перенесенной ЛХЭ путем разработки способов профилактики послеоперационных внутрибрюшных кровотечений. Материал исследований. Анализ подвергнуты результаты 513 ЛХЭ, выполненных по поводу острого калькулезного холецистита. В контрольной группе (348 пациентов) после удаления желчного пузыря осуществлялось коагуляция его ложа, а в основной группе (165 больных) после коагуляции осуществлялось инфузия в ложе желчного пузыря отечественного порошкообразного гемостатического средства «HEMOBEN», который представляет собой мелкодисперсный порошок бело-кремового цвета, состоящий из частиц рассасывающегося производной целлюлозы (Na-карбоксиметилцеллюлоза, вискоза). Производные целлюлозы являются биосовместимыми и апирогенными. «HEMOBEN» используется в качестве дополнительного местного гемостатического средства при хирургических вмешательствах. Эффективен для остановки капиллярных кровотечений из паренхиматозных органов и мягких тканей. В сравнительном аспекте обе клинические группы были идентичны: по количеству больных с различными морфологическими формами заболевания, объему хирургического вмешательства, опыту оперирующих хирургов, общеклиническим показателям. Полученные результаты. В контрольной группе частота послеоперационных осложнений в виде внутрибрюшных кровотечений различной интенсивности отмечено у 1,4% пациентов, тогда как этот показатель в основной группе составил 0,6%. Вывод: Применение гемостатического средства «HEMOBEN» при ЛХЭ обеспечивает надежный гемостаз, снижает риск послеоперационных осложнений и стимулирует репаративные процессы в ложе желчного пузыря. Метод целесообразно включать в стандартный протокол, особенно у пациентов с нарушениями свертываемости крови или при технически сложных клинических случаях.

**122. TAPP в лечении пупочных грыж —
сравнительный анализ**

*Можаровский В.В., Качалов А.Ю., Тарасов А.А.,
Эргашбоев И.И.*

Дмитров

ГБУЗ МО «Дмитровская больница»

Актуальность проблемы По данным главного хирурга РФ, представленным в сборнике хирургическая помощь в Российской Федерации, в 2023 году, в нашей стране оперировано 18244 пациента с пупочными грыжами, причем доля лапароскопических операций составила 5,58%. На этом фоне, Московская область выглядит в более выигрышном свете — доля лапароскопических операций при пупочных грыжах в нашей области составила 8,87%, что не может не радовать. Однако если мы проанализируем структуру этих операций, то поймем, что как минимум 90% из них приходится на технологию IPOM, а на долю TAPP и eTEP, придется не более 10%. Не имея ничего против IPOMa, мы все же думаем, что антиадгезивные свойства современных сетчатых имплантов, это скорее маркетинговый ход, нежели безопасная технология. И в этой связи нам кажется что использование преперитонеального пространства для расположения сетки — более физиологично и безопасно. Все это подчеркивает актуальность проблемы лечения пупочных грыж и выбора способа лапароскопической пластики. Цель исследования Оценка эффективности и безопасности различных видов герниопластик у пациентов с пупочными грыжами. Материалы и методы Проанализированы результаты лечения 98 больных с пупочными грыжами, находившихся на лечении в хирургическом отделении Дмитровской больницы в 2024 году. В исследования включены пациенты со средними и малыми пупочными грыжами с диаметром грыжевых ворот до 4 см, и операционно-анестезиологическим риском не превышающим 2 балла по шкале ASA. Все пациенты были разделены на 3 группы. Первую основную группу составили 15 пациентов перенесших лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику (TAPP), вторую основную группу составили 39 пациентов перенесших лапароскопическую интраабдоминальную герниопластику (IPOM), контрольную 44 пациента, перенесших открытую преперитонеальную герниопластику. Результаты и обсуждение. Рецидива грыжеобразования отмечен у 2 (4,5%) пациентов после открытой преперитонеальной герниопластики, и у 2 (5,1%) пациентов после IPOM, в группе TAPP рецидивов не отмечено. Послеоперационные осложнения отмечены у 2 (4,5%) пациентов после открытой преперитонеальной герниопластики, в обоих случаях возникли гематомы, потребовавшие их эвакуации. В группах с лапароскопическими операциями послеоперационных осложнений не отмечено. Серомы отмечены у 2 (4,5%) пациентов контрольной группы, в 3 (7,7%) случаях после IPOM и в 1 (6,7%) случае после TAPP, ни в одном случае инвазивных манипуляций не проводились, серомы рас-

сосались в сроки от 3 до 4 недель. Средняя длительность операции в контрольной группе составила 35 минут, в группах исследования — 51 и 45 минут соответственно. Длительность стационарного лечения составила 6 койко-дней у пациентов после открытой герниопластики, и 4 койко-дня после лапароскопических операций. Время общей нетрудоспособности у пациентов в контрольной группе составило 31 день, после IPOM — 21 день, и после TAPP — 16 дней. Лапароскопические технологии сопровождаются достоверно менее выраженным болевым синдромом, так у пациентов перенесших лапароскопические операции ко 2 суткам болевой синдром отсутствовал у 64,1% пациентов после IPOM и у 80% пациентов после TAPP. Выводы Все три вида операций сопоставимы по критериям эффективности и безопасности. Открытая преперитонеальная пластика требует меньше времени для ее проведения, TAPP сопровождается статистически значимы снижением сроков общей нетрудоспособности. Кроме того TAPP и IPOM статистически значимо снижают выраженность болевого синдрома, что безусловно улучшает качество стационарного этапа лечения.

**123. Первый опыт использования
лапароскопических технологий в стационаре
кратковременного пребывания на базе
многопрофильной клиники**

*Благовестнов Д.А. (1,2), Агаханова К.Т., 1
Ярцев П.А., 1,2 Гуляев А.А. (1,2,3), Антонян С.Ж., 1
Муталипов Р.Р., 1 Яковлева Д.М. (1)*

Москва

1. ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
ДЗМ, Москва
2. ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, Москва
3. ПИУВ (филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России), Пенза

Текст тезиса Актуальность. За последние 5-10 лет в многих многопрофильных стационарах стали открываться стационары кратковременного пребывания (СКП) НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в это числе. Цель Оценка эффективности лечения пациентов с хроническим калькулезным холециститом и первичными грыжами живота в условиях СКП в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. Материал и методы. Стационар кратковременного пребывания (СКП) в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского открылся в марте 2022 года, где пролечено 5757 пациента различного хирургического профиля. Из них, с хроническим калькулезным холециститом и грыжами передней брюшной стенки 642 (11,1%) пациентов. С хроническим калькулезным холециститом прооперированы 356 (55,5%) пациентов. Средний

возраст составил 35-45 лет. Мужчин - 151 (42,4%) и женщин 205 (57,6%). С грыжами передней брюшной стенки прооперированы – 286 (44,5%) пациентов. Средний возраст составил 35-48 лет. Мужчин - 181 (63,3%), женщин 105 (36,7%). Для госпитализации в СКП всем пациентам проводилось амбулаторное обследование: консультация анестезиолога и хирурга, ультразвуковое исследование брюшной полости, вен нижних конечностей, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КГ, ЭГДС. По результатам вышеописанных исследований пациенты госпитализировались в день операции. Лечение пациентов проводилось согласно оптимизированному протоколу ускоренного восстановления (ERAS). Включающего на этапе предоперационной подготовки - отказ от подготовки кишечника; стандартная профилактика ТЭ осложнений - согласно шкале риска ВТЭО Caprini 2005; антибиотикопрофилактика – назначаются однократно перед операцией; отказ от премедикации. На интраоперационном этапе - хирургические вмешательства у всех пациентов выполнялись под эндотрахеальной и спинномозговой анестезией. За 30 минут до предполагаемого окончания оперативного вмешательства прекращали введение наркотических анальгетиков и нейролептиков. Экстубировали при самостоятельном адекватном дыхании. При холецистэктомии проводили стандартную лапароскопическую методику. При паховой грыже лапароскопическую герниопластику по методике TAPP, при пупочной грыже и грыже белой линии живота использовали лапароскопическую пластику по методике IPOM и IPOM+. По завершении холецистэктомии, дренирование брюшной полости выполнялось не рутинно, а только при наличии сомнений в удовлетворительном гемостазе, на усмотрение оперирующего хирурга – 15% наблюдений. При герниопластике дренирование брюшной полости не проводилось. В конце операции обязательно проводилась предбрюшинная видеоассистированная блокада мест троакарных доступов с использованием местных анестетиков (ровипикаин), разработанной в клинике. Всем больным проводилась ранняя активизация – через 2-4 часа после операции. Раннее начало энтерального питания через 4 часа после операции. Послеоперационное обезболивание - было строго регламентированным, мультимодальным, с применением препаратов 2-х групп и осуществлялось по схеме - с применением кетанала 2,0 в/м через 4 и 8 часов после операции. Далее пероральный прием анальгетиков по 50 мг х 2-3 раза в сутки после еды, в течении первых суток. В случае установки дренажной трубки в брюшную полость, последний удалялся после контрольного УЗИ, который выполнялся через 6 часов после операции. Швы снимались амбулаторно на 4-5 сутки после операции. За последние полгода была проведена оценка качества жизни по опроснику SF-36. Результаты которого представлены далее: PF- 91,4%; RP- 89,3%, BP- 87,6%; GH- 80,3%; VT- 86,8%; SF- 88,5%; RE - 90,7%; MH- 85,9%. Нами был проведен анализ работы СКП и многопрофильного хирургического стационара с марта 2022 года. В многопрофильном отделении были прооперированы в плановом порядке с хроническим калькулезным холециститом

629 пациентов и с грыжей передней брюшной стенки 361 пациент. Средний возраст составляет 55-78 лет. С хроническим калькулезным холециститом Мужчин 398 (63,3%) и женщин 231(36,7%), с грыжами передней брюшной стенки мужчин 214 (59,3%) и женщин 147(40,7%). В отделении СКП среднее число койко-дней составило 1,4 дней, в то время как в хирургических отделениях стационара составило 6,3 дня. Результаты и обсуждение. При анализе результатов лечения больных в СКП из интра и послеоперационных осложнений, выявлен у 4 (1,1%) пациентов холедохолитиаз. Пациенты были переведены в хирургический многопрофильный стационар для дальнейшего хирургического лечения. Обезболивание пациентов наркотическими препаратами не проводилось. Время пребывания больных в СКП составило 10±2,5 часа. Заключение: Первый опыт применения протокола ускоренного восстановления у пациентов с хроническим калькулезным холециститом и грыжами передней брюшной стенки с применением лапароскопии в условиях стационара кратковременного пребывания демонстрирует свою эффективность и безопасность, что в свою очередь, отражается на ранней активизации и скорейшем восстановлении пациентов в послеоперационном периоде.

124. Отдалённые 25-30 летние результаты лапароскопического адгезиолизиса при рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости

*Баранов Г.А. (1), Доспехов Д.В. (1),
Карбовский М.Ю. (2).*

Москва, 2) Ярославль

1) Росунимед,
2) ГАУЗ ЯО «КБ №9»

Опыт лечения пациентов с рецидивирующей спаечной кишечной непроходимостью вследствие адгезивных изменений в брюшной полости показывает, что традиционные подходы к устранению механического препятствия для пассажа по кишечнику путём лапаротомии нередко сопровождаются рецидивом илеуса, требующим повторных госпитализаций и операций. В период начала распространения и применения лапароскопической технологии оперирования спаечной кишечной непроходимости в период с 1996 по 2020 г.г. в клинике было выполнено 49 операций в объёме лапароскопического адгезиолизиса пациентам в возрасте от 18 до 76 лет. Показаниями к операции считали доказанный клинически и рентгенологически эпизод кишечной непроходимости, который удавалось разрешить консервативными мероприятиями. При этом пациентам выполняли диагностическую программу для исключения возможных новообразований толстой

кишки и брюшной полости, которые могли быть причиной нарушения пассажа по кишечнику. В анамнезе у больных было от 1 до 4 лапаротомий. Распространённый спаечный процесс встретился в 54,5% случаев, в верхнем этаже брюшной полости в 27,3%, в нижнем этаже – в 18,2% наблюдений. Анализ отдалённых результатов адгезиолизиса проведён спустя 25-30 лет после лапароскопического устранения спаек, являвшихся причиной илеуса, всего у 11 пациентов из данной группы, которых удалось разыскать по истечению столь длительного промежутка времени. С учётом средней продолжительности жизни пациенты выбирались по медицинской документации по критериям возраста, в котором были оперированы (19 - 48 лет). Методом активного опроса по шкале SF-36 среди них устанавливалась необходимость в соблюдении щадящей диеты, наличие болевого синдрома в животе, характерного для «спаечной болезни», последующий хирургический анамнез. Повторная госпитализация, связанная с рецидивом спаечного илеуса, была зарегистрирована в 1-м случае (исходно в анамнезе резекция желудка, аппендэктомия, экстирпация матки, лапароскопический адгезиолизис). Выполнялась лапаротомия с разделением межкишечных сращений. Среди 11 пациентов в 4-х случаях проводились оперативные вмешательства, не связанные со спайками брюшной полости. Были выполнены в 3-х случаях лапароскопические холецистэктомии и в одном - левосторонняя гемиколэктомия по поводу рака сигмовидной кишки. Таким образом, в изученной группе лишь в 1-м случае из 11 результат лапароскопического адгезиолизиса следует признать неудовлетворительным (9%). Полученные немногочисленные сверхотдалённые сведения о послеоперационном состоянии пациентов являются оптимистичными в плане прогнозирования результатов лапароскопического устранения спаек. В то же время эффективность лапароскопического лечения следует совершенствовать путём отработки разноплановых технических приёмов и применения средств, профилактирующих рецидив гиперадгезивных ответных реакций на хирургическую травму.

**125. Лапароскопическая ретроvesикальная
кольпопектинопексия в лечении пролапса
тазовых органов**

*Аболмасов А.В. (1,2,), Башанкаев Б.Н. (1),
Сидорова А.В. (1), Юнусов Б.Т. (1),
Колтунова А.А. (1).*

Москва

- 1) GMS клиника,
- 2) МКНЦ им. Логанова

Актуальность: Пролапс тазовых органов – одна из самых частых причин нарушения качества жизни у женщин. По литературным данным, распространенность данной патологии в женской популяции варьирует от 25% до 50%, а результаты оперативного лечения с использованием трансвагинальной хирургии остаются неудовлетворительными, частота рецидивов, по данным PubMed, находится в диапазоне 30-50%. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 47 женщин, оперированных по оригинальной методике - лапароскопическая ретроvesикальная кольпопектинопексия в период с 2019 по 2025 годы. Техника операции: Для операции использовали 3 порта, 2 троакара 5 мм., 1 троакар 10 мм. Оптический порт располагали в пупочном кольце, рабочие троакары располагали справа и слева от пупочного кольца по среднеключичным линиям. Ультразвуковыми ножницами вскрывали брюшину *plica vesicouterina*, продолжали диссекцию в ретроvesикальном пространстве по направлению к уретре, как можно дистальнее. Справа и слева вскрывали брюшину по ходу круглых связок матки, обнажая лонную кость и Куперовы связки с двух сторон. Полипропиленовый сетчатый протез, по форме напоминающий букву “Т” подшивали к передней стенке влагалища и шейке матки, свободный концы сетки фиксировали к Куперовым связкам с каждой стороны. Данная методика применялась у женщин с преимущественным пролапсом передней стенки влагалища (цистоцеле) и матки (гистероцеле – апикальный пролапс). При наличии ректоцеле операцию дополняли вскрытием брюшины крестцово-маточных связок. Второй сетчатый протез подшивали к задней стенке влагалища и крестцовоматочным связкам. Свободные концы проводили через широкую связку справа и слева от матки и фиксировали с обеих сторон к надкостнице лонной кости. Перитонизацию протеза выполняли рассасывающимися монофиламентными нитями. Результаты: Средний возраст оперированных женщин составил 54 года (32 - 76), 4 стадия (POP-Q) диагностирована у 17 пациенток, 3 стадия – у 10 женщин, 2 стадия – у 14, 1 стадия пролапса у 6 пациенток. 42 женщины страдали стрессовой инконтиненцией, 4 имели проблемы с дефекацией различной степени выраженности. Средний ИМТ составил 27кг/м² (20-35). Среднее время вмешательства составило 88 мин. (45-260). Интраоперационные осложнения – вскрытие мочевого пузыря возникли у 3 (6%) женщин. Все пациентки ранее перенесли открытое вмешательство в виде

супрацервикальной гистерэктомии. Повреждение диагностировано во время вмешательства и было ушито монофиламентной рассасывающейся нитью. Мочевой пузырь в послеоперационном периоде дренировали на 5-7 дней. Все пациентки отметили исчезновение симптомов, связанных с пролапсом на следующий день после операции. Срок наблюдения составил от 1 года до 5 лет. При этом у 2 женщин с элонгацией шейки матки дополнительно потребовалась открытая трансвагинальная операция — высокая ампутация шейки. Симультанная лапароскопическая ТАПП коррекция паховых грыж была выполнена у 6 пациенток, вентральных грыж у 2. Рецидив пролапса диагностирован в 2 наблюдениях (4%), что потребовало выполнения лапароскопической сакроколюпопексии. Симптомы недержания полностью исчезли у 38 (80%) женщин. Все пациентки были удовлетворены результатами вмешательства. Обсуждение. Трансвагинальная и промежностная хирургия тазового пролапса в сочетании с гистерэктомией остается самой распространенной операцией в гинекологической практике. Однако, результаты подобных вмешательств характеризуются высоким процентом рецидивирования. Кроме того, кольпорафия часто служит причиной диспареунии в послеоперационном периоде. Развитие лапароскопической и роботической хирургии тазового дна позволило внедрить в практику новые перспективные методы. Лапароскопическая сакропексия, по литературным данным, характеризуется обнадеживающими результатами. Недостатками данного метода, наряду с длительностью операции, являются его относительная техническая сложность и высокий процент интраоперационных осложнений. Отмечено, что вмешательство трудно выполнимо у пациенток с ожирением. Лапароскопическая ретроперитонеальная кольпопектинопексия не требует манипуляций на промонториуме, диссекция в зоне которого часто приводит к повреждению сакрального венозного сплетения, а фиксация протеза может осложниться периоститом. Исключён этап вскрытия тазовой брюшины по ходу гипогастриального сплетения, повреждение которого часто служит причиной функциональных расстройств органов малого таза. В то же время, данный метод позволяет выполнить фиксацию к костным структурам лонной кости как передней, так и задней стенок влагалища с сохранением матки. Выводы: Лапароскопическая ретроперитонеальная кольпопектинопексия — эффективный и безопасный метод оперативного лечения пролапса тазовых органов, который характеризуется минимальным числом интраоперационных осложнений. Рекомендации: Лапароскопическая ретроперитонеальная кольпопектинопексия может быть рекомендована в качестве альтернативного метода технически более сложной промонтофиксации.

**126. Нестабильная грудная клетка:
двухступенчатый мини-инвазивный подход**

Познанский С.В.

Иваново

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая
больница»

Актуальность. Опасности реберного клапана кроются не только в нарушениях биомеханики дыхания, но и во флотации средостения с продолжающейся болевой импульсацией и патологическими рефлексам. Чрезвычайная шокогенность травмы с нестабильным каркасом грудной клетки обуславливает летальность до 40-45%. Открытые способы фиксации переломов ребер и грудины высоко травматичны и не соответствуют подходам контроля повреждений. В свою очередь пневмошина при продленной ИВЛ сопровождается тяжелыми вентилятор-ассоциированными осложнениями и требует трахеостомии. Материалы и методы. Выполнен анализ результатов оказания помощи 62 пострадавших с сочетанной травмой, включающей нестабильную грудную клетку, среди которых было 51 мужчина и 11 женщин в возрасте от 23 до 67 лет (средний возраст $46,8 \pm 11,4$ года). Среди обстоятельств травмы преобладали ДТП (46), а также падение с высоты (9), сдавление (3), насильственные действия (3), атака животного (1). При помощи МСКТ грудной клетки с многоплоскостным костным моделированием определялись количество и топика костных повреждений. Односторонние переломы наблюдались в 61% случаев, двухсторонние в 39% (в т.ч. с повреждениями грудины — 5%), среднее значение количества поврежденных ребер составило $7,3 \pm 3,9$. У 29 пострадавших использованы традиционные подходы устранения флотации открытыми методами остеосинтеза реберного клапана пластинами, проволочным швом, спицами, либо посредством пролонгированной ИВЛ. В 33 случаях применена этапная тактика. Первая ступень включала «пневмостабилизацию» при помощи ИВЛ с ПДКВ (24) и высокочастотной ИВЛ (9) с одновременным проведением противошоковой терапии, трансфузионных вмешательств и контроля экстра-торакальных повреждений. Через 2-5 суток после предварительной навигации МСКТ-генерированных моделей с многоплоскостной реконструкцией (MPR) и объемной поверхностной реконструкцией (SSD) производилась окончательная мини-инвазивная фиксация отломков спицами под контролем видеоторакоскопии. Единоmomentно устранялись внутриплевральные осложнения (свернувшийся гемоторакс, фиброторакс, бронхиальный свищ, пневмомедиастинум) с визуализацией «реберных окон». После формирования минимум 4 перикостальных лигатур над поврежденным ребром с захождением на здоровые отрезки субфасциально проводилась спица с фиксацией нитями. В период от 25 до 68 суток под местной анестезией спицы извлекались. Результаты. Этапный подход продемонстрировал противошоковый

эффект, приведя к сокращению длительности лечения в реанимационном отделении в 1,3 раза ($p<0,05$). Сроки ИВЛ в сочетании с БАТС-фиксацией снизились в 2,4 раза, составив $4,1\pm 1,7$ суток ($p<0,05$), что позволило избежать трахеостомии в 83% ($p<0,05$) и вентиляторассоциированных осложнений. Наличие сочетанных повреждений потребовало длительной госпитализации в обеих группах ($p>0,05$). Ступенчатый протокол позволил сократить число плевро-пульмональных осложнений в 1,7 раза ($p<0,05$), и снизить летальность в 1,4 раза ($p<0,05$).

127. Лапароскопическая гастропластика по Коллису при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы с укорочением пищевода

Пушкин С.Ю., Решетов А.П., Белян А.С.

Самара

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»

Введение. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в настоящее время достаточно стандартизовано. Фундопликация по Ниссену в сочетании с крурорафией является оптимальным способом операции. При условии тщательного соблюдения всех обязательных этапов операции – иссечение грыжевого мешка, мобилизация дна желудка, сбережение блуждающих нервов и др. эффективность вмешательства в отдаленные сроки составляет 88-92%. При этом причинами рецидива ГПОД и клинически значимого гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) зачастую является укорочение пищевода, развивающееся преимущественно при грыжах III типа. Если в ходе первичной операции по поводу ГПОД не предпринять корригирующие, физиологически обоснованные технические приемы, риск неэффективности хирургического вмешательства или рецидива возрастает до 50%. Цель исследования – оценить эффективность операции гастропластики по Коллису при ГПОД с укорочением пищевода и сравнить ее с результатами медиастинализации фундопликационной манжеты. Материал и методы. В отделении торакальной хирургии Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина в период с 2021 по 2024 гг. проведены хирургические вмешательства у 124 пациентов с ГПОД. Средний возраст пациентов составил $52,1\pm 11,6$ лет, гендерное соотношение: мужчины – 56 (45,2%), женщины – 68 (54,8%). ГПОД I типа была выявлена у 70 пациентов (56,5%), II типа – у 12 (9,7%), III типа – у 39 (31,4%), IV типа – у 3 пациентов (2,4%). Рефлюкс-эзофагит различной степени был подтвержден у 108 пациентов (87,1%), у 5 пациентов ведущим симптомокомплексом была клиника заворота желудка, рефрактерная хроническая железодефицитная анемия – у 1 пациента. Рецидивные ГПОД име-

лись у 5 пациентов. Укорочение пищевода по данным предоперационного обследования было диагностировано у 19 пациентов, подтверждено на операции – у 16 (12,9%) с грыжами I и III типов. План хирургического лечения во всех случаях включал мобилизацию и низведение пищевода, желудка, крурорафию, фундопликацию. Решение о способе операции при укорочении пищевода принималось интраоперационно в зависимости от анатомических особенностей и предпочтений оперирующего хирурга. Результаты. Выполнено 111 лапароскопических операций, 13 операций с проведением лапаротомного доступа. У 103 пациентов с ГПОД без укорочения пищевода выполнена классическая операция Ниссена с задней крурорафией. У 5 пациентов с наличием пептической стриктуры выполнена фундопликация по Тюпе. Из 16 пациентов с укорочением пищевода операция гастропластики по Коллису с фундопликацией по Ниссену на 360° выполнена у 10, что позволило также провести крурорафию. При этом в 5 наблюдениях для профилактики натяжения выполняли послабляющую диафрагмотомию слева с одномоментным протезированием дефекта диафрагмы сетчатым эндопротезом. Фундопликация по Черноусову А.Ф. с медиастинализацией манжеты проведена у 6 пациентов. Сравнение методик проводили по критериям русскоязычной версии опросника GERD-HRQL, а также частоте хирургических осложнений и отдаленных рецидивов. Исходные значения выраженности ГЭР были сопоставимы у всех 16 пациентов и составляли $34,4\pm 6,6$ баллов. В отдаленные сроки операции более значимая положительная динамика уменьшения ГЭР был отмечена в группе пациентов после операции Коллиса, составила $7,6\pm 2,3$ балла против $18,2\pm 3,1$ у пациентов после медиастинализации манжеты. Хирургические осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 2 пациентов после гастропластики по Коллису. Повторные операции проведены у 2 пациентов после операции Коллиса в ранние сроки по поводу несостоятельности швов и у 2 пациентов после медиастинализации манжеты по поводу: 1) рецидива грыжи с заворотом желудка; 2) троакарной грыжи с кишечной непроходимостью. Рецидивов ГПОД после гастропластики по Коллису за 3-х летний период наблюдения не отмечено. Заключение. Проведение гастропластики по Коллису с фундопликацией по Ниссену возможно рассматривать в качестве патогенетически обоснованного способа устранения ГПОД с укорочением пищевода. Усовершенствование техники вмешательства позволит минимизировать частоту ранних осложнений. Оценка эффективности операции является предметом сравнения больших массивов данных.

**128. Оценка кривой обучения
лапароскопической резекции печени после
первоначального освоения роботической
хирургии**

Коваленко Д.Е., Ефанов М.Г.

Москва

МКНЦ им. А.С. Логинова

Актуальность: влияние кривой обучения роботическим резекциям на кривую обучения лапароскопическим резекциям недостаточно изучено. Цель: Оценить кривую обучения лапароскопическим резекциям хирурга, имеющего опыт роботических резекций печени при помощи метода CUSUM. Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование пациентов, перенесших в период с 2015 по декабрь 2020 года ЛРП. Из исследования исключены пациенты, которым выполнена фенестрация простых кист печени или частичная перицистэктомия при эхинококкозе. Оценивалась кривая обучения хирурга, освоившего роботические резекции высокой сложности. Результаты: В указанный период времени было выполнено 174 ЛРП. При помощи метода CUSUM построены графики изменения индекса сложности оперативных вмешательств и основных результатов РРП. В соответствии с полученными графиками выделено три периода обучения: 1 – й (с 1-ой по 20-ую резекцию) – начальный, 2 – й (с 21-ой резекции по 100-ую резекцию), и 3 – й (с 101ой по 174 резекцию). При выборе границ между периодами обучения в первую очередь ориентировались на характер графиков кривой CUSUM, которые отражали динамику основных интраоперационных событий (время операции, кровопотеря), динамику индекса сложности резекции (IWATE), частоты осложнений в послеоперационном периоде. Совпадающие значимые изменения показателей в этих графиках служили ориентиром для определения длительности периода обучения. Продолжительность второго периода была определена, как 80 оперативных вмешательств. Динамика индекса сложности резекции, время продолжительности операции, объем кровопотери, частота послеоперационных осложнений достоверно не различались между 1-ым и 2-ым периодами обучения. В 2-ом периоде обучения отмечено достоверное увеличение анатомических резекций печени ($p = 0,037$), частоты резекции задне-верхних сегментов ($p = 0,17$), оперативных вмешательств с контактом образований с крупным сосудисто-секреторными элементами ($p = 0,037$). Выводы: длительность кривой обучения лапароскопическим резекциям оказалась несколько короче по сравнению с опубликованными данными других авторов, причиной чему может быть первоначальное прохождение кривой обучения роботическим резекциям.

**129. Комбинированные операции
на желчевыводящих путях при механической
желтухе: прогнозирование и профилактика
неблагоприятных исходов**

*Самарцев В.А. (1,2), Паршаков А.А. (1,2),
Гаврилов В.А. (1,2), Ложкина Н.В. (1,2),
Кузнецова М.П. (1,2), Пушкарев Б.С. (1,2),
Домрачев А.А. (1,2), Муханов А.А. (1),
Григорьев Д.И. (1)*

Пермь

- 1) ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России,
- 2) ГАУЗ ПК ГКБ №4

Актуальность. Актуальной проблемой современной хирургии органов гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) является устойчивый рост числа пациентов с механической желтухой (МЖ), сопровождающейся высокой частотой специфических периоперационных осложнений (СПО) и летальности, уровень которых зависит от этиологии, степени тяжести МЖ, а также наличия коморбидной патологии. Материалы и методы. Выполнено одноцентровое исследование результатов хирургического лечения 301 пациента с МЖ. Доброкачественные заболевания (ДЗ) ГПБЗ, вызвавшие МЖ отмечены у 175(58,1%) больных, из них в различных сочетаниях встречались: холедохолитиаз – 132(43,9%), стриктуры БДС (РС БДС) – 111(36,8%), гипертрофический папиллит – 51(16,9%), острый панкреатит – 15(5%), холангит – 4(1,3%), парафатеральный дивертикул – 3(1%), киста поджелудочной железы (ПЖ) – 1(0,3%). Злокачественные заболевания (ЗНО) ГПБЗ диагностированы у 126(41,9%) пациентов: рак головки ПЖ – 60(19,9%) пациентов, метастатические поражения печени – 19(6,3%), рак желчного пузыря – 15(5%), гепатоцеллюлярный рак – 10(3,3%), рак большого сосочка ДПК – 8(2,7%), рак общего желчного протока – 8(2,7%), рак ДПК – 6(2%). По степени тяжести МЖ (Э.И. Гальперин, 2012) класса А было 117(38,8%), В – 132(43,8%), С – 52(17,3%). Выбор способа деблокады и объем хирургического вмешательства зависел от этиологии и степени тяжести МЖ, уровня обструкции желчных протоков, коморбидного статуса. Полученные результаты. У 52(17,3%) пациентов при наличии острого деструктивного калькулезного холецистита (ОДКХ) и МЖ тактика была двухэтапной: первым этапом ЛХЭ и дренирование холедоха, затем – транспапиллярные эндоскопические вмешательства (ТЭВ): ЭРХПГ, ЭПСТ, эндобилиарное стентирование (ЭБС), холангиоскопия. У 49(16,3%) больных с ОДКХ и МЖ одноэтапно проведены ЛХЭ и ТЭВ по методике рандеву. В 59(19,6%) случаях у пациентов с РС БДС и ранее выполненной ЛХЭ лечение было одноэтапным и включало только ТЭВ. Двухэтапный подход, включающий первоначально выполнение ЧЧХС с последующим ТЭВ применялся у 15(5,0%) пациентов, поступивших в тяжелом состоянии (класс С МЖ, ASA-IV-V, СПОН). У больных с ЗНО органов ГПБЗ (126(41,9%)) для экстренной деком-

прессии желчных протоков наружные и наружно-внутренние ЧЧХС выполнены в 106(35,2%) случаях, эндобилиарное стентирование (ЭБС) – в 13(4,3%), комбинация этих методов – у 7(2,3%). В общей выборке пациентов развитие СПО отмечено у 34(11,3%) пациентов, летальность – у 61(20,3%). При сравнении частоты СПО у пациентов с разной этиологией МЖ статистических различий не было. Выявлены достоверные различия в частоте летальности, отмечен достоверно более высокий ее уровень у пациентов с ЗНО ГПДЗ (43(34,1%)). Летальность у пациентов с ДЗ составила 18(10,3%) случаев и зависела от наличия ОДКХ и паравезикальных гнойно-септических осложнений. Проведенное исследование позволило при помощи логистической регрессии выявить достоверные предоперационные факторы риска неблагоприятного исхода (злокачественная этиология МЖ, класс С тяжести МЖ, гиперфосфатаземия, сопутствующие заболевания: ИБС, ПИКС, ПНМК, бронхиальная астма). ROC-анализ продемонстрировал высокую точность математической модели (AUC: 0,90), затем ее достоверность была подтверждена на основе нейросетевых алгоритмов, обученных на 800 клинических случаях больных с патологией ГПБЗ (точность модели: 0,74, ROC-AUC: 0,97). Обсуждение. Высокий процент СПО (34(11,3%)) и летальности (43(14,9%)) в наблюдаемой общей выборке пациентов связан с тем, в ней представлены пациенты с ЗНО ГПБЗ IV стадии, у которых клинически значимая МЖ развивалась на поздних стадиях. Выводы и рекомендации. Лечение пациентов с заболеваниями органов ГПБЗ, осложненными МЖ требует дифференцированного подхода в выборе оптимального объема и этапности комбинированного оперативного лечения. Разработанная математическая модель продемонстрировала высокую точность для прогнозирования СПО и летальности при этой патологии.

130. ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА

Рузбойзода К.Р. (1,2), Саидзода П.А. (1,3),
Курбонов Ш.М. (3), Ашурова Г.Н. (4)

Душанбе, Таджикистан

- (1) ГОУ «Таджикский государственный
медицинский университет имени
Абуали ибни Сино»
- (2) ГУ «Городской центр скорой
медицинской помощи
- (3) ООО «Медицинский центр Насл»
- (4) ГУ «Городской родильный дом №2»

Актуальность. Высокая распространённость гинекологического перитонита, являющегося одной из ключевых причин нарушений репродуктивного здоровья и трудоспособности женщин, обуславливает необходимость совершенствования методов диагностики и лечения данной патологии. Хирургическое вмешательство остаётся первичным и основным методом лечения, без которого дальнейшая лечебная стратегия утрачивает свою эффективность. Помимо лапаротомии, на современном этапе в диагностике и лечении гинекологического перитонита применяется видеолапароскопия, позволяющая провести дифференциальную диагностику между хирургическими и гинекологическими патологическими процессами, уточнить характер заболевания и определить оптимальный объём оперативного вмешательства. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациенток с гинекологическим перитонитом посредством применения видеолапароскопических технологий. Материал и методы исследования. В исследовании было проведено комплексное обследование 44 пациенток с гинекологическим перитонитом (100%). Основной этиологией перитонита у 13 пациенток (29,5%) являлся гнойный сальпингит. Пиосальпинкс зафиксирован у 10 пациенток (22,7%), а прорыв абсцесса маточной трубы в брюшную полость – у 6 пациенток (13,6%). Прорыв тубовариального абсцесса наблюдался у 3 пациенток (6,8%), а прорыв абсцесса яичника – у 2 пациенток (4,6%). Дополнительно у 2 пациенток (4,6%) причиной перитонита являлся разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника. Результаты. Всем пациенткам были проведены оперативные вмешательства, различающиеся по объёму и характеру, с учетом этиологии перитонита, при этом во всех случаях видеолапароскопия использовалась в диагностических целях. У 13 пациенток (29,5%) с гнойным сальпингитом выполнена диагностическая видеолапароскопия, санация и дренирование малого таза, т.е. проведены органосохраняющие вмешательства. В 12 наблюдениях (27,3%) проведена диагностическая лапароскопия, тубэктомия, санация и дренирование малого таза при пиосальпинксе (n=10) и прорыве абсцесса маточной трубы (n=1). Лапароскопические вмешательства при местном перитоните выполнены у 7 пациенток (15,9%),

включая овариоэктомию ($n=5$) и аднексэктомию ($n=2$) с дренированием малого таза. Симультантные вмешательства проводились в 5 (11,4%) случаях. В этой группе у 3 пациенток выполнена диагностическая лапароскопия с адгезиолизисом, аднексэктомией, санацией и дренированием брюшной полости, а у 2 пациенток – аднексэктомию, аппендэктомию, санация и дренирование брюшной полости. При разрыве нагноившихся дермоидных кист яичника проведена лапароскопическая цистовариоэктомию ($n=1$) и клиновидная резекция правого яичника ($n=1$) с последующей санацией и дренированием брюшной полости. В 5 (11,4%) наблюдениях, по строгим показаниям при распространенном гнойно-фибринозном перитоните, выполнена конверсия доступа: у 4 пациенток проведена диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией, адгезиолизисом, тубэктомией, интубацией тонкого кишечника, санацией и дренированием брюшной полости, а у ещё 4 пациенток – диагностическая лапароскопия, затем лапаротомия, аднексэктомию, резекция большого сальника, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде осложнения различного характера развились в 5 (11,4%) случаях, из которых в 1 (2,3%) – с летальным исходом. Выводы. Таким образом, применение видеолaparоскопических вмешательств в хирургическом лечении гинекологического перитонита представляет собой малотравматичный и высокоинформативный метод, способствующий радикальному удалению очага инфекции и проведению адекватной санации брюшной полости, за исключением случаев распространенного гнойно-фибринозного перитонита.

131. Сравнительная оценка кривой обучения лапароскопической резекции печени после самообучения и в процессе программы менторинга

Коваленко Д.Е., Ефанов М.Г.

Москва

МКНЦ им. А.С. Логинова

Актуальность: длительность кривой обучения хирурга без опыта лапароскопических резекций печени под руководством самообучившегося хирурга экспертного уровня, имевшего изначальный опыт роботической резекции печени, недостаточно изучено. Цель: сравнить кривую обучения лапароскопической резекции печени по программе менторинга с кривой самообучения экспертного хирурга, осваивавшего ЛРП после преодоления кривой обучения роботической резекции печени. Материалы и методы: экспертный хирург, далее обозначен как хирург 1. Хирург, обучавшийся по программе менторинга обозначен как хирург 2. Ретроспективно произведен анализ

результатов ЛРП, выполненных в период с 2014 по 2020г. При помощи метода кумулятивных сумм CUSUM построены графики изменения индекса сложности оперативных вмешательств и основных периоперационных результатов (время операции, кровопотеря, послеоперационные осложнения). Оценка индекса сложности ЛРП выполнена согласно критериям IWATE. Результаты: продолжительность первого (начального) периода обучения у хирургов 1 и 2 составила 20 и 16 резекций, второго периода (расширения показаний) – с 21-й по 40-ю и с 17-й по 37-ю резекцию. В первом периоде у хирургов 1 и 2 не выявлено различий в сложности резекций ($p = 0,131$), интраоперационной кровопотере ($p = 0,505$) и частоте осложнений ($p = 0,552$). Продолжительность операции у хирурга 1 было достоверно выше, чем у хирурга 2 ($p = 0,007$). При сравнительном анализе периода расширения показаний у хирурга 1 индекс сложности был достоверно выше ($p = 0,008$). Отличий в частоте осложнений не было: 4 (20%) и 3 (15%) наблюдения ($p = 0,507$). У хирурга 2 в втором периоде обучения отмечена достоверно меньшая кровопотеря ($p = 0,033$), меньшее время оперативного вмешательства ($p = 0,002$). Выводы: длительность кривой обучения ЛРП укорачивается в программе менторинга. Отмечена тенденция к укорочению длительности резекции и снижению кровопотери в программе менторинга, на эти показатели не были полностью избавлены от влияния индекса сложности ЛРП.

132. Исследование антиадгезивного потенциала и биосовместимости модифицированных композитных протезов для IPOM герниопластики in vivo

Пономарева Ю.В., Гришин А.С., Королев М.В.

Самара, 2) Нижний Новгород

1) ООО АРТБИО,

2) ООО Айкон Лаб ГМБХ,

3) Медицинский университет «Реавиз»

Модификация поверхности композитных протезов для герниопластики способом IPOM направлена на снижение адгезивного потенциала и улучшение биосовместимости для достижения удовлетворительных клинических результатов, что требует проведения доклинической оценки. Цель исследования – провести оценку адгезивных свойств и реакции окружающих тканей при имплантации опытных образцов композитных протезов из полипропилена и полиэстера с антиадгезивным покрытием на основе акрила REPEREN® in vivo Материалы и методы. Объектами исследования были образцы композитных протезов для герниопластики IPOM на основе полипропилена (REPEREN®-16- PPKM404; (REPERE®-16-1-PPKM404) и полиэстера (REPEREN®-15-PETKM 3002;

REPEREN®-15-PETKM 7002) с антиадгезивным покрытием. Экспериментальные исследования проведены на биомоделях (n=3) — самках мини-пигов в возрасте 4 месяца в соответствии с GLP, которым на париетальную брюшину передней брюшной стенки по обе стороны от средней линии справа и слева в краниальном и каудальном положениях были имплантированы образцы с учетом их функциональных поверхностей и фиксированы герниостеплером. По окончании эксперимента на 30-е и 60-е сутки оценена выраженность адгезии в баллах (Diamond M.P., 1987). При гистологической оценке экплантированных образцов с тканями применяли полуколичественную балльную шкалу (Nair S.K., 1974), учитывающую: интенсивность воспалительной реакции, неоваскуляризации, фиброза, жировой инфильтрации, наличие некрозов. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с применением критерия Манна-Уитни при уровне значимости $p < 0.05$. Полученные результаты. Осложнений в послеоперационном периоде со стороны систем органов и ран у животных не было. К 30-м суткам отмечено прочное сращение функциональных поверхностей всех образцов, ориентированных к париетальной брюшине. На образцах REPEREN®-15-PETKM 3002 и REPEREN®-15-PETKM 7002 отмечено формирование небольших поперечных складок. К 60-м суткам выраженность складок несколько усиливалась. Независимо от типа образца, имплантация в правом краниальном положении приводила к выраженной адгезии с вовлечением висцеральной поверхности печени с формированием сером. Суммарное значение всех показателей адгезии для REPEREN®-15-PETKM 3002 составило 12 баллов; REPEREN®-15-PETKM 7002 - 12 баллов; REPEREN®-16-PPKM404 — 14 баллов; REPEREN®-16-1-PPKM404 — 11 баллов. Сравнительный анализ тестируемых и контрольных протезов с использованием критерия Манна Уитни не позволил установить значимых отличий в адгезивных свойствах висцеральной поверхности исследуемых имплантатов. При имплантации REPEREN®-15-PETKM 3002 к 30 суткам отмечали выраженную воспалительную реакцию; активный продолжающийся неонангиогенез; формирование фиброзной ткани с прослойками жировой. К 60-м суткам значительных изменений морфологической картины не отмечено. Суммарные баллы тканевой реакции на 30 и 60 сутки — 19 и 17 соответственно. При имплантации REPEREN®-15-PETKM 7002 суммарные баллы тканевой реакции на 30 и 60 сутки составили — 18 и 15 соответственно. При имплантации REPEREN®-16-1-PPKM404 суммарные баллы тканевой реакции на 30 и 60 сутки составили 19 и 18 соответственно. При имплантации REPEREN®-16-PPKM 404 суммарные баллы тканевой реакции на 30 и 60 сутки — 17 и 16 соответственно. Таким образом, сравнительный анализ образцов композитных протезов для герниопластики IPOM в группах показал, что модифицированная технология нанесения антиадгезивного покрытия на основу из полипропилена или полиэстера не ухудшает антиадгезивные свойства и тканевую реакцию при взаимодействии клеточного микроокружения с их поверхностями.

**133. Первый опыт выполнения
лапароскопических проксимальных резекций
желудка**

*Свитич В.Ю., Гладышев Д.В., Коваленко С.А.,
Гнедаш С.С., Ветошкин В.А., Моисеев М.Е.,
Буторина А.С.*

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ «Городская больница №40»

Введение Рак кардиального отдела желудка составляет 25–35% всех злокачественных новообразований желудка в России. По данным МНИОИ им. П.А. Герцена (2023 г.), ежегодно диагностируется 8 500–9 000 новых случаев. Хирургическое лечение — основной метод лечения. Ранние опухоли (сT1-2N0-1M0) без диффузно-инфильтративного роста (до 3 см) позволяют выполнять органосохранные проксимальные резекции. Лапароскопические методики (ЛПРЖ) приобретают популярность благодаря меньшей травматичности в сравнении с открытыми вмешательствами (ОПРЖ). Цель работы Провести сравнительную оценку непосредственных результатов первого опыта выполнения ЛПРЖ и ОПРЖ при раке кардиального отдела желудка в нашем стационаре. Материалы и методы В исследование включены 13 пациентов (ЛПРЖ — 5, ОПРЖ — 8) с аденокарциномой (степень дифференцировки: G1–G2) кардиального отдела желудка (T1-T2, N0). Средний возраст — 57 лет (диапазон: 37–78), мужчины — 8 (61,5%), женщины — 5 (38,5%). Лапароскопические операции выполнялись с использованием 5-портового доступа по методике Double Track Reconstruction, открытые — через срединную лапаротомию по аналогичной методике. Во всех случаях выполнена стандартная лимфодиссекция (D1+). Основные сравнительные показатели: длительность операции, интраоперационная кровопотеря, сроки госпитализации, частота и структура послеоперационных осложнений (по классификации Clavien-Dindo), количество удалённых лимфатических узлов. Результаты Проведённый анализ первых 5 случаев лапароскопических проксимальных резекций желудка (ЛПРЖ) в сравнении с 8 открытыми операциями (ОПРЖ) выявил статистически значимые различия. Средняя длительность ЛПРЖ составила 185 ± 25 минут, что на 55 минут превысило показатель в группе ОПРЖ (130 ± 18 минут; $p < 0,01$). Интраоперационная кровопотеря при лапароскопическом доступе была существенно ниже: 30 ± 10 мл против 100 ± 35 мл при открытых вмешательствах ($p < 0,01$). Пациенты после ЛПРЖ активизировались через 14 ± 2 часов после операции, тогда как после ОПРЖ — через 24 ± 3 часов. Частота осложнений различалась: в группе ЛПРЖ осложнений не зафиксировано, в группе ОПРЖ у одного пациента (12,5%) возникло нагноение раны (Clavien-Dindo II). Количество удалённых лимфоузлов в обеих группах было сопоставимым: 18 ± 3 (ЛПРЖ) vs. 18 ± 2 (ОПРЖ; $p > 0,05$). Сроки госпитализации после ЛПРЖ составили 6 ± 1 суток, что на 3 суток меньше, чем после ОПРЖ (9 ± 2 суток; $p < 0,05$). Во всех случаях достигнута R0

резекция, летальность отсутствовала. Обсуждение Полученные результаты демонстрируют меньшую травматичность лапароскопического доступа, сопровождающегося более низкой интраоперационной кровопотерей, ускоренной активизацией пациентов и сокращением сроков госпитализации. Отсутствие осложнений в группе ЛПРЖ подтверждает безопасность метода даже на этапе его внедрения. Однако увеличение длительности ЛПРЖ на 42% (185 мин vs. 130 мин) отражает техническую сложность формирования эзофагоэногастрального анастомоза и необходимость преодоления «кривой обучения». В данном исследовании не потребовалось конверсии доступа, что может быть связано с тщательным отбором пациентов и опытом хирургической бригады. Сходные данные по количеству удалённых лимфатических узлов говорят об адекватной онкологической эффективности выполнения данных вмешательств. Заключение Первый опыт выполнения ЛПРЖ в практике нашего стационара продемонстрировал значимые преимущества метода перед открытым доступом. Снижение интраоперационной кровопотери, сроков госпитализации и отсутствие осложнений делают ЛПРЖ предпочтительным выбором. Несмотря на большую длительность операции, лапароскопический подход обладает потенциалом для улучшения краткосрочных исходов при лечении рака кардиального отдела желудка. Для подтверждения полученных результатов и оценки отдалённой онкологической эффективности необходимы дальнейшие исследования. Внедрение тренинговых программ для хирургов и развитие робот-ассистированных технологий могут стать ключевыми шагами для оптимизации применения ЛПРЖ в российской практике.

134. Возможности использования современных технологий при оперативном лечении грыж спигелиевой линии живота

Акимов В.П. (1, 2), Спиридонова В.С. (2),
Заркуа Н.Э. (1), Каюков А.В. (1), Раджабов Б.Э. (1),
Малышкин П.О. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
- 2) ИДПО ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта

Актуальность. Грыжи спигелиевой линии относятся к редким видам грыж передней брюшной стенки и составляют около 0,12%. Свое название заболевание получило в честь бельгийского анатома и хирурга Адриана ван Спигеля, который впервые описал анатомические ориентиры полулунной линии живота, а сама грыжа была описана Klinkosch в 1764 году. Большинство авторов выделяют три вида грыж спигелиевой линии: подкожные - располагаются под кожей, пройдя через сухожильную пластинку

наружной косой мышцы, поперечную и косую мышцы; предбрюшинные - расположенные между поперечной фасцией и брюшиной; интерстициальные - грыжевой мешок находится между апоневрозом и внутренней косой мышцей. Грыжи склонны к ущемлению из-за узких и жестких грыжевых ворот. Диагностические трудности представляют грыжи подапоневротические, предбрюшинные и грыжи небольших размеров у пациентов с избыточным весом. Оперативное лечение можно выполнять открытым способом — с доступом через классический разрез или эндовидеоскопически. В последние годы предложены и новые модификации герниопластики спигелиевой грыжи. У каждого из этих способов есть свои преимущества и показания. Цель исследования: определить эффективность применения различных способов герниопластики при грыжах спигелиевой линии. Материал и методы: в исследование включено 17 пациентов с первичной грыжей спигелиевой линии - 12 мужчин и 5 женщин в возрасте от 40 до 70 лет ($65,5 \pm 12,6$), которым были выполнены различные способы герниопластики полипропиленовой сеткой «Prolene». Все пациенты отмечали умеренные боли медиальнее передней верхней ости подвздошной кости справа или слева, усиливающихся при физической нагрузке. Только 12 человек отмечали при этом появление опухолевидного выпячивания, которое они сами выявляли (в одном случае выявлена ущемленная грыжа). У 5 пациентов при осмотре грыжевое выпячивание не пальпировалось. По способу герниопластики пациенты были разделены на четыре группы: I группа - 4 пациента выполнена эндовидеохирургическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) полипропиленовой сеткой; II группа - двум пациентам выполнен экстраперитонеальный (ТЕР). При этом способе герниопластика осуществляется в предбрюшинном пространстве где создается свободная искусственной полость и проводится герниопластика, а манипуляции в брюшной полости исключаются; III группа - 5 пациентам выполнена открытая герниопластика. При этом способе выполняется разрез в области выпячивания, исследуется грыжевой мешок и вправляются окказавшиеся в нем органы. Затем укрепляются края фасции и производят имплантацию сетчатого протеза; IV группа - 6 пациентам выполнена комбинированная пластика грыжи спигелиевой линии - сочетающая в себе техники открытого доступа и лапароскопии. Эндовидеохирургически в брюшную полость под контролем зрения нагнетается углекислый газ, это улучшает обзор грыжевых ворот и грыжевого мешка, что облегчает хирургу доступ. Хирургический доступ выполняется открытым способом, через разрез над грыжевым мешком. Все манипуляции с грыжей осуществляются через этот мини-разрез под контролем эндоскопа. Результаты и обсуждение: Все 17 пациентов были оперированы - 16 в плановом порядке, а один с ущемленной грыжей в экстренном. В 5 случаях грыжи были интерстициальные - имели узкие грыжевые ворота, а в 11 подкожные. В одном случае выявлена ущемленная грыжа. Максимальный размер грыжевого мешка составлял около 10 см. Дефекты в поперечной

фасции, мышцах и апоневроз наружной косой мышцы ушивались полипропиленовой сеткой, а в 2 случаях собственными тканями послойно. Рецидивов в отдаленном периоде выявлено не было. Ранняя послеоперационная боль была достоверно менее выраженной в группе эндовидеохирургических операций, что так же отмечено и в позднем послеоперационном периоде. Выводы: Клиническая картина грыжи спигелиевой линии зависит от размеров и вида грыжевого выбухания. Начальная стадия практически не имеет проявлений или сводится к дискомфорту в животе. При обследовании пациента необходимо помнить об этой редкой патологии и в трудных диагностических случаях использовать дополнительные методы исследования (УЗИ передней брюшной стенки, компьютерная томография, диагностическая лапароскопия). Открытая герниопластика может проводиться под любым видом анестезии (общий наркоз, эпидуральная анестезия, местное обезболивание). Преимуществом экстраперитонеального способа является отсутствие необходимости внутрибрюшных манипуляций, что позволяет избежать ранения органов брюшной полости и формирования спаек. Также их преимуществом следует считать возможность выполнения вмешательства после ранее перенесенной лапаротомии, часто приводящей к развитию спаечного процесса в брюшной полости.

135. Лапароскопические операции при лечении гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка

*Садовский Д.Н., Маевская Т.В., Жук А.С.,
Слободин Ю.В.*

Минск

Государственное учреждение «Республиканский
клинический медицинский центр» Управления
делами Президента Республики Беларусь

Актуальность. Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) относится к новообразованиям мышечного происхождения и составляет до 1% всех злокачественных опухолей этой локализации. Радикальным лечением ГИСО является хирургический метод — резекция опухолевого образования в пределах «здоровых» тканей и выполняется преимущественно лапароскопически. При этом выполняется резекция опухоли с закрытием дефекта стенки органа ручным или аппаратным швом (линейным сшивающим аппаратом). На операции не всегда удаётся визуализировать образование в стенке органа, что требует выполнения интраоперационной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Цель работы — оценить и представить результаты хирургического лечения ГИСО желудка на базе отделения хирургии ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Прези-

дента Республики Беларусь (РКМЦ). Материал и методы. В хирургическом отделении РКМЦ с апреля 2015 года по январь 2025 года оперировано 18 пациентов с диагнозом ГИСО желудка. В 12 случаях резекция стенки желудка с опухолью и закрытие дефекта выполнены эндоскопическими линейными сшивающими аппаратами, в 6-и случаях интракорпоральным двухрядным непрерывным швом. При 8 (44,4%) операциях симультанно интраоперационно выполнено ЭГДС. Анализированы характеристики пациентов, размеры и расположение образований, время операций, результаты общеклинических анализов при выписке, результаты гистологического исследования, технические особенности операций. Средние величины представлены в виде медианы с 25% и 75% квартильным интервалом — Me[25;75]. Полученные результаты. Среди оперированных по поводу ГИСО желудка мужчин было 7(38,9%), женщин 11(61,1%). Возраст составил 65[59;72] лет. Размер опухолей составил 3[3;4] см. Область расположения опухоли в желудке у пациентов составило: на малой кривизне — 8(44,4%), на большой кривизне — 5(27,8%), на задней стенке — 2(11,1%), на передней стенке — 3(16,7%). Размер опухоли на малой кривизне составил 4[3; 5] см, на большой — 3[2,5;4,5] см, на задней стенке — 2 см, на передней стенке — 2 [1;3] см. Общее время операции составило 80[70;130] минут, на малой кривизне — 85[80;130] минут, на большой — 95[75;147,5] минут, на задней стенке — 140[70;130] минут, на передней стенке — 60[60;70] минут. Время нахождения пациентов в стационаре составило 6[5;6] койко-дней. При выписке результаты анализов крови : уровень гемоглобина в крови — 134[122;149]г/л, количество лейкоцитов — 6,8[5,9;8]?10⁹/л, эритроцитов — 4,2[4,1;4,8]?10¹²/л, уровень С - реактивного белка — 7,6[5;21] мг/л. В 6 случаях выполнено иссечение опухолей ультразвуковым скальпелем с последующим ушиванием дефекта желудка двухрядным непрерывным швом. Обсуждение. Иссечение опухоли выполнялось при расположении ее в малой кривизне, вблизи кардиальной части и на задней стенке желудка в связи с тем, что при применении линейного сшивающего аппарата после операции была бы выраженная деформация или сужение просвета желудка, а также близость элементов гепатодуоденальной связки. В случаях, при которых границы ГИСО чётко не определялись, под контролем ЭГДС визуализировалась опухоль и выполнялась ее резекция линейным сшивающим аппаратом. Послеоперационных осложнений не было. Всем проведено радикальное удаление опухоли в объёме R0. У всех пациентов подтверждена ГИСО желудка, гистопатологический тип опухоли соответствовал G1. Выводы и рекомендации. Операции выполнялись дольше при расположении ГИСО на задней стенке и быстрее при выявлении ее на передней стенке желудка. Размер опухоли не отличался в зависимости от локализации в желудке. Симультанное применение ЭГДС позволило определить границы опухоли, а при использовании сшивающего аппарата визуализировать его работу в просвете желудка. При расположении опухоли в передней стенке, большой кривизне желудка целесообразно применение

линейного сшивающего аппарата, а когда ГИСО располагается так, что ее удаление технически сложно, возможна деформация или стеноз просвета желудка после выполнения аппаратного шва, или есть опасность повреждения соседних органов, магистральных сосудов, то удаление опухоли необходимо выполнять иссечением и устранением дефекта желудка с выполнением ручного шва.

136. Реконструктивные вмешательства после первичных бариатрических процедур

Гладкий Е.Ю. (1,2), Боровко Д.А. (1),
Гладкая Е.А. (3), Гуменюк С.Е. (1)

Краснодар

- 1) КубГМУ,
- 2) ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Краснодар»,
- 3) ГБУЗ «НИИ КББ №1 имени профессора С.В. Очаповского» МЗ КК

Процент повторных ревизионных бариатрических операций в разных клиниках мира варьируется от 6 до 25% и характеризуется повторным рецидивным набором веса или неудовлетворительным результатом потери массы тела после первичной бариатрической операции, либо появившимися новыми патологическими состояниями, требующими коррекции. Анализ третично выполненных бариатрических оперативных вмешательств в литературе встречается в единичных случаях. С 2024 года в «Бариатрическом центре» ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Краснодар» оперированы 1025 пациентов, из них 67 (6,5%) пациентам были осуществлены вторичные реконструктивные операции и 2 (0,2%) пациентам бариатрическая процедура была осуществлена в третий раз. Из данной группы 64 (92,8%) пациента имели рецидив ожирения либо неудовлетворительный результат потери массы тела после первичной бариатрической операции и 5 (7,2%) пациентов оперированы по поводу патологических состояний, которые возникли после первичной бариатрической процедуры. После продольной резекции желудка (ПРЖ) 5 (7,2%) пациентам осуществлено шунтирование в модификации SASI, 3 (4,3%) пациентам одноанастомозное гастро-еюно шунтирование в Ру модификации, 6 (8,7%) больным осуществлена гастропликация, 5 (7,2%) - резекция желудка после ПРЖ, 18 (26,1%) пациентам осуществлена реконструкция в SADI-S - с гастропликационным элементом расширенного пауча и 2 (2,9%) пациентам после реконструкции в SADI-S осуществлена ререзекция расширенного пауча. Все ревизионные вторичные операции осуществлены в период от 3 до 10 лет после первично выполненной. Осуществлено удаление ранее установленных 23 (33,3%) регулируемых бандажей, что составило почти треть от ранее установленных, по различным причинам, из них 7 (10,1%) банда-

жей ревизионировали в операцию гастрощунтирование по Ру, 9 (13%) больным осуществлено удаление бандажа с последующей ПРЖ в один этап, 3 (4,3%) больным осуществлена продольная резекция через 2 месяца после удаления системы и соответствующего лечения, в связи с выраженным воспалением в парагастральном пространстве. 2 (2,9%) пациентам после минигастрощунтирования осуществлено Брауновское межкишечное соустье, 3 (4,3%) пациентам минигастрощунтирование переведено в реконструкцию по Ру, в связи с жалобами на интенсивные забросы желчи. В группе пациентов с ранее установленными бандажными системами в нашем центре получено самое большое количество - 31,2% неудовлетворительных результатов, в связи недостаточным результатом потери массы тела, возврату веса, а также жалоб больных на изжогу, ночные регургитации, тошноту, рвоту, боли в желудке, воспаление в области нахождения порта. В группе пациентов с бандажными системами осуществлено удаление ранее установленных бандажных систем и ревизионные бариатрические процедуры в 23 случаях в различные современные бариатрические процедуры. В группе пациентов с продольными резекциями желудка у 20 пациентов потребовалась вторичная бариатрическая процедура. Причиной явился повторный набор веса, интраоперационно визуализировали увеличенную в размерах культию желудка. Повторная ререзекция или пликация желудка давала временный эффект, более стойкие результаты получены у пациентов с переводом в операцию SADI-S. В группе пациентов с минигастрощунтированием в отношении потери и удержания веса получены самые стойкие результаты, а реконструкций в данной группе больных касались патологических состояний пациентов, у которых появились новые симптомы и синдромы, требующие оперативных вмешательств, корригирующих данные состояния. Осуществление третичных операций в бариатрических центрах осуществляются в единичных случаях и требуют консультации клинического психолога или психиатра.

**137. Новый подход к снижению раневых
инфекционно-воспалительных осложнений
при лапароскопических вмешательствах
в колоректальной хирургии.**

Щерба С.Н. (1,2), Бенсман В.М. (1),
Половинкин В.В. (1,2), Бальян А.С. (2)

Краснодар

- 1) ФГБОУ ВО Кубанский государственный
медицинский университет, кафедра общей
хирургии
- 2) ГБУЗ Научно-Исследовательский институт -
Краевая клиническая больница №1 им. проф.
С.В. Очаповского.

Актуальность. Активное внедрение в современную хирургию лапароскопических, робот-ассистированных вмешательств, безусловно является прогрессивным направлением за счёт общеизвестных положительных качеств. Однако, подобные способы лечения также нередко сопровождаются определёнными негативными моментами, влияющими на результаты, раннего послеоперационного периода. Особенно актуален этот вопрос в абдоминальной хирургии, у пациентов, оперированных по поводу рака толстой кишки. Среди этой категории больных частота различных послеоперационных интра- и экстраабдоминальных осложнений достигает 22 - 27%, причём до 16% из них имеют гнойно-септический характер. У этой категории пациентов, частота раневых осложнений, по данным разных авторов находится в пределах 10 - 12% в "открытой хирургии" и на уровне 4 - 8% при лапароскопических вмешательствах. В свою очередь, инфекционные воспаления вульнарной области, в некоторых случаях могут способствовать генерализации инфекционного процесса, что ведёт к развитию сепсиса, полиорганной недостаточности (ПОН) и летальному исходу больных. Несмотря на многообразие превентивных и лечебных мероприятий предотвращения этих осложнений в хирургии, эта проблема до сих пор остаётся актуальной и до конца не решённой. Цель - провести анализ эффективности применяемого в нашей клинике способа пролонгированного проточно-аспирационного дренирования (ППАД) подкожной клетчатки операционных лапаротомных ран (патент на изобретение № 2482805), предусматривающего профилактику гнойно-септических раневых осложнений, в мини лапаротомных ранах при лапароскопических абдоминальных вмешательствах. Материал и методы. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в отделении абдоминальной онкологии №2 НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2023 - 2024 годах по поводу злокачественных новообразований ободочной кишки. За указанный период накопилась информация о 351 больном. Согласно критерию включения (оперативные вмешательства по поводу рака ободочной кишки, выполненные лапароскопическим способом) в исследовании участвовали 53 пациента. Из

исследования исключены 298 больных, которым удаление злокачественной опухоли производилось через срединный лапаротомный доступ, также пациенты после выполнения робот-ассистированных операций и четыре больных с "конверсией" из лапароскопии в "открытое" вмешательство. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы – основную и контрольную. Тридцати больным основной группы хирургического вмешательства завершалось установкой в подкожную клетчатку мини лапаротомной раны проточного перфорированного однопросветного дренажа, с последующим его промыванием по разработанной и предложенной нами методике. Мини лапаротомные раны сорока пациентов контрольной группы ушивались послойно, наглухо по традиционной схеме. Все хирургические вмешательства выполнялись в плановом порядке после стандартного дообследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки кишечника, тромбо- и антибиотикопрофилактики под эндотрахеальным наркозом. Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде возникло четыре (10%) локальных нагноения раны у пациентов только контрольной группы. Кожные швы с операционных ран этих больных были сняты. Заживление их в дальнейшем проходило вторичным натяжением. Все мини лапаротомные раны у пациентов основной группы зажили первичным натяжением без нагноений (0%) ($t=2,1$; $p<0,05$). Вывод. В онкоколопроктологической практике раневые инфекционные осложнения хоть и в меньшей степени, но также встречаются при использовании лапароскопических методик, ухудшая ближайшие результаты послеоперационного периода. Применение нашего способа ППАД подкожной клетчатки мини лапаротомных доступов свидетельствует о достоверной эффективности используемого метода.

**138. Лапароскопически ассистированная
гастростомия у детей**

Щебеньков М.В. (1,2), Волерт Т.А. (1,2),
Гладышева Ю.К. (1,2), Рязанцев А.И. (1),
Корнилова А.Б. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ДГМ КСЦ ВМТ,
- 2) СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность. Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ПЭГ) признана стандартной процедурой для обеспечения долгосрочного энтерального питания в педиатрических стационарах и в большинстве случаев заменила в клинической практике открытую гастростомию. Европейским обществом детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN) определены противопоказания

для проведения ПЭГ к которым относятся анатомические особенности, при которых проекция желудка на переднюю брюшную стенку путем трансиллюминации не возможна. К относительным противопоказаниям относят гепатоспленомегалию, выраженный сколиоз и перенесенные операции на брюшной полости. В группе детей с относительными противопоказаниями значимо выше риск осложнений, в том числе требующих повторного оперативного вмешательства. Стремление снизить риск осложнений и расширить возможности применения малоинвазивной гастростомии привело к появлению лапароскопически-ассистированной ПЭГ. Это обусловлено желанием минимизировать риск ятрогении у детей за счет визуального контроля и необходимостью дополнительных вмешательств: тракции стенки желудка или перемещение венстрикулоперитонеального шунта. Материалы и методы. За период с 2020 по 2024 год в ДГМ КСЦ ВМТ выполнено 168 ПЭГ и 29 с лапароскопической ассистенцией. Возраст пациентов от 4 месяцев до 17 лет, средний возраст составил 8,43. Гастростомия выполнялась «pull»-методом у 138 пациентов (70%), у 59 детей (30%) установлена «низкопрофильная» гастростома. Из 29 пациентов в группе с лапароскопической ассистенцией у 23 была выполнена постановка одного троакара в околопупочной точке для применения лапароскопического визуального контроля при формировании гастростомы. Только у 6 пациентов потребовалась постановка дополнительных (инструментальных) троакаров. Захваты были использованы у 4 пациентов для тракции стенки желудка к точке пункции у пациентов с выраженной скелетной деформацией и подреберным расположением желудка. У 2 пациентов с наличием венстрикулоперитонеального шунта (ВПШ) в левой половине брюшной полости перитонеальный катетер был перемещен в правую половину брюшной полости от точки пункции. Результаты. В группе с лапароскопической ассистенцией у всех оперированных пациентов удалось избежать интраоперационных осложнений за счет использования лапароскопического визуального контроля при формировании гастростомы. Наиболее тяжелые осложнения в послеоперационном периоде были у пациентов со сколеотической деформацией и подреберным расположением желудка - в 2 случаях возникла несостоятельность низкопрофильной гастростомы «якорного» типа, что было связано с избыточным натяжением желудка и потребовало дополнительной фиксации желудка к брюшной стенке. Летальный исход в 2 случаях в группе детей без ВПШ, был связан с прогрессирующим основным заболеванием. Выводы. Применение лапароскопической ассистенции при ПЭГ является альтернативным вариантом установки гастростомической трубки, когда установка ПЭГ затруднена, в том числе у пациентов с выраженной сколеотической деформацией. Применение лапароскопического контроля при выполнении ПЭГ позволяет избежать таких осложнений, как повреждение ободочной кишки, формирование желудочно-кишечного свища, ранение паренхиматозных органов.

139. Возможности лапароскопического доступа при вторичном распространенном перитоните

Левитский В.Д. (1), Ярцев П.А. (1,2),
Благовестнов Д.А. (1,2), Гуляев А.А. (1,2,3),
Арутюнян А.С. (1), Яковлева Д.М. (1)

Москва

1. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
2. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.
3. Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Активное развитие современных технологий расширило возможности лапароскопического доступа в абдоминальной хирургии. Ежегодно отмечается увеличение частоты использования метода в экстренной хирургии. Однако полноценных рандомизированных клинических исследований и стандартизированной хирургической тактики по данной теме нет. Цель. Улучшить результаты лечения больных с вторичным распространенным перитонитом путем дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики. Материалы и методы. С 2022 по 2024 гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было пролечено 25 больных с вторичным распространенным перитонитом с использованием лапароскопического доступа, из них: 19 пациентов с аппендикулярным перитонитом, 5 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой и одна пациентка с перфорацией толстой кишки. В исследование были включены больные с вторичным распространенным перитонитом при отсутствии или наличии сепсиса согласно НКР (2017) и 1-2 степени тяжести по Мангеймскому Индексу Перитонита. Женщин было 11 (44%), мужчин - 14 (56%). Средний возраст пациентов $52,9 \pm 14,8$ лет. Сроки от начала заболевания: >24 часов - 12 больных (48%); >48 часов - 13 пациентов (52%). Тяжесть состояния больных по APACHE II - $16,2 \pm 4$; по SOFA - $1,7 \pm 0,9$; MPI - $23,4 \pm 2,5$; ИБП - $14,3 \pm 1,4$. Отсутствие септического состояния - 4 больных (16%); наличие сепсиса - 21 пациент (84%). При верификации диагноза распространенного перитонита и отсутствии абсолютных противопоказаний выполнялась лапароскопия. Критериями для конверсии являлись: выраженная дилатация кишки; спаечный процесс в брюшной полости III-IV степени по Блинникову; интраоперационные осложнения, с которыми не удавалось справиться лапароскопическим методом. При лапароскопической верификации распространенного разлитого перитонита, первым этапом выполняли первичную аспирацию экссудата из брюшной полости с взятием бактериального посева. Вторым этапом выполняли устранение источника перитонита (аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы, резекция участка кишки). Третьим этапом - окончательная санация брюшной полости. Дренажирование брюшной полости выполняли двухпросветными дренажами. На этом этапе принимали решение о выполнении программируемой релапароскопии.

Методы экстракорпоральной детоксикации проводили в обязательном порядке в течении первых 24 часов после операции. Эмпирическая антибактериальная терапия проводилась в соответствии с актуальными рекомендациями с оценкой ее эффективности через 48 - 72 часа по результатам посева или данным лабораторной диагностики. Задачей программируемой санационной релапароскопии через 24 - 48 часов являлись: ревизия брюшной полости, оценка эффективности устранения источника перитонита (зона операции), санация брюшной полости, коррекция стояния дренажей, дополнительная санация отложившихся мест через дренажные трубки. Результаты лечения: Среднее продолжительность первичной операции составила $116,3 \pm 50,3$ минут, а программной релапароскопии – $65,9 \pm 33,7$ минут. Сроки разрешения послеоперационного пареза кишечника составили $6,3 \pm 0,8$ суток. Послеоперационный период осложнился у 5 пациентов (20%): у трех пациентов была двухсторонняя пневмония, у одного - неокклюзионный тромбоз суральных вен (по Clavien-Dindo - II тип). Среди всех пациентов дополнительное оперативное вмешательство «по требованию» не потребовалось. Послеоперационных интраабдоминальных осложнений не отмечено. Сроки пребывания в ОРИТ составили $2,68 \pm 1,55$ суток, продолжительность антибактериальной терапии - $9,59 \pm 3,53$ суток, сроки стационарного лечения - $10,65 \pm 2,09$ суток. Летальных исходов не было. Выводы. Использование комплексного подхода в лечении вторичного распространенного перитонита с применением лапароскопического доступа, программных санационных релапароскопий, экстракорпоральных методов детоксикации демонстрирует отсутствие тяжелых осложнений и летальных исходов в данной группе пациентов. Однако малая выборка больных требует дальнейшего изучения данного вопроса.

140. Хирургическая тактика при паховых грыжах у мужчин репродуктивного возраста

Абдуллозода Дж.А. (1,2), Сафарзода И.С. (1,2),
Рузбойзода К.Р. (1)

Душанбе, Таджикистан

- (1) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
- (2) ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Актуальность. Паховые грыжи диагностируются у 80% пациентов с грыжами передней брюшной стенки, особенно среди мужчин репродуктивного возраста. Хирургическое лечение паховых грыж сопряжено с риском серьезных репродуктивных осложнений, обусловленных потенциальным травмированием анатомических структур. Применение современных сетчатых имплантатов

в рамках «ненатяжной» и «видеолапароскопической» способов герниопластики позволило достичь значительного прогресса минимизации осложнений, затрагивающие репродуктивную функцию, а также снижении частоты послеоперационных рецидивов при сопоставлении с классическими натяжными техниками пластики. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у мужчин репродуктивного возраста путём применения ненатяжных и видеолапароскопических герниопластик. Материал и методы. В настоящее исследование были включены 120 мужчин репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет) с паховой грыжей, у которых применялись различные варианты герниопластики. Из них у 37 (30,8%) пациентов диагностирован I тип паховой грыжи, у 30 (25,0%) – II тип, и у 53 (44,2%) – III тип грыжи. В последней группе 19 (15,8%) пациентов имели подтип IIIA, а 34 (28,4%) – подтип IIIB. Результаты. В 80 (66,7%) случаях применялись различные по объёму и характера натяжных способов герниопластики с использованием собственных тканей и укреплением задней стенки пахового канала. В 40 (33,3%) случаях проводились различные методы «ненатяжных» герниопластик с использованием эндопротезов таких как герниопластика по Лихтенштейну в 22 (55,0%) наблюдениях и 18 (45,0%) случаях произведена видеолапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика. Послеоперационное улучшение кровообращения в мошонке и в семенном канатике, способствовало значительному улучшению показателей спермограммы, которые наблюдались при атравматичном выполнении операции у больных после «ненатяжной» и «видеолапароскопической герниопластики», за счёт снижения компрессионных осложнений. При анализе послеоперационных результатов продемонстрировал наименьшую частоту ранних послеоперационных осложнений, составившую 2 (11,1%) случаев после видеолапароскопической способ герниопластики. Несколько более высокий показатель осложнений – 4 (18,2%) наблюдений был отмечен при использовании «ненатяжной» герниопластики по Лихтенштейну. Натяжные способы герниопластики сопровождалась наибольшей частотой осложнений в раннем послеоперационном периоде, которая достигла 30 (37,5%) наблюдениях. Существенным показателем эффективности оперативного лечения явилась частота рецидивов после натяжной герниопластики, которая была зафиксирована у 9 (16,4%) пациентов. При использовании «ненатяжной» методики, рецидив был зафиксирован у 1 (4,5%) пациента из обследованных. В случае применения видеолапароскопической герниопластики, рецидивы заболевания не наблюдались. Вывод. Таким образом, «ненатяжные» и видеолапароскопические методы герниопластики демонстрируют свою высокую эффективность и являются предпочтительными патогенетически обоснованными операциями при лечении паховой грыжи у мужчин репродуктивного возраста.

**141. Современные аспекты лечения рецидивов
внутрипеченочной холангиокарциномы**

*Фисенко Д.В., Брицкая Н.Н., Королева А.А.,
Тараканов П.В., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е.,
Соловьев Н.О., Ефанов М.Г.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Эффективность методов лечения рецидивной внутрипеченочной холангиокарциномы (РВПХК) оценивается противоречиво и требует дальнейшего изучения. Цель. Оценить результаты лечения больных РВПХК. Материалы и методы. В исследование включены 104 больных, перенесших резекцию печени по поводу ВПХК. Проанализированы частота и сроки возникновения РВПХК, результаты комбинированного лечения. Результаты: РВПХК возникли у 57 (54,8%) больных. Структура рецидивов включала внутрипеченочные у 30 (52,6%) пациентов, внепеченочные у 12 (21,1%), сочетанные рецидивы у 15 (26,3%) больных. Среди рецидивов связь с зоной резекции имела место у 7 (12,3%) пациентов. Рецидив в сроки до 6 месяцев возник у 16 (15,4%), от 6 месяцев до 1 года – у 16 (15,4%), более 1 года – у 25 (24%) больных. Комбинированное лечение применено у 24 (42,6%) больных (сочетание хирургического или локорегионарного лечения с химиотерапией/иммунотерапией). Повторные резекции печени и локорегионарное лечение проводились только пациентам с внутрипеченочным рецидивом. У 7 (23,3%) больных были выполнены повторные резекции печени. Критериями отбора для резекций считали: безрецидивный период >12 месяцев, отсутствие метастазов в лимфоузлы, отсутствие внепеченочных рецидивов. Из локальных методов лечения чаще применяли трансартериальную химиоэмболизацию (ТАХЭ) и радиочастотную абляцию (РЧА), чаще, совместно, у 12 (40%) пациентов. Достоверной разницы между частотой резекции и применением других локальных методов не отмечено ($p=0,165$). Всем пациентам проводилась системная химиотерапия, в том числе иммунотерапия (35,3%). Пятилетняя общая выживаемость при РВПХК независимо от локализации рецидива составила 26% (медиана 53 мес.), у пациентов с комбинированным лечением – 40% (57 мес.), у пациентов только с системной химиотерапией – 19% (53 мес.). Выводы. Применение комбинированных методов лечения с расширением показаний к локальным методам позволяет улучшить результаты лечения при РВПХК.

**142. Прогнозирование эталонного результата
в хирургическом лечении внутрипеченочной
холангиокарциномы**

*Фисенко Д.В., Брицкая Н.Н., Королева А.А.,
Тараканов П.В., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е.,
Соловьев Н.О., Ефанов М.Г.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Резекции печени при внутрипеченочной холангиокарциноме (ВПХК) сопряжены с высоким риском осложнений, в связи с чем актуальной является разработка модели эталонного результата (ЭР), включая оценку предикторов достижения ЭР. Цель исследования. Определить факторы, влияющие на достижение ЭР, разработать уравнение бинарной логистической регрессии с оценкой вероятности достижения ЭР. Методы исследования. В исследование включены пациенты с ВПХК, оперированные в период с 2015 по 2024 годы. Достижение ЭР считалось при одновременном отсутствии интраоперационных осложнений ?2 класса, осложнений ?3 по Clavien-Dindo, желчной фистулы класса В и С (ISGLS), госпитальной летальности, повторной госпитализации в течение 30 дней, R1 резекции. С использованием бинарной логистической регрессии оценивались факторы, влияющие на достижение ЭР. По результатам совокупности факторов, выявлена наиболее чувствительная и специфичная модель логистической регрессии. Результаты. Изучены данные 104 пациентов. При однофакторном логистическом анализе выявлены факторы, достоверно влияющие на не достижение ЭР: размер опухоли ($p=0,022$), желтуха ($p=0,05$), открытый вариант доступа ($p=0,016$). При проведении многофакторного логистического регрессионного анализа выявлена комбинация четырех факторов, достоверно оказывающих негативное влияние на достижение ЭР: размер опухоли ($p=0,024$), кровопотеря ($p=0,046$), желтуха ($p=0,001$) и открытый вариант доступа ($p=0,010$). При построении ROC кривой AUC модели составил 0.885. На основании указанных факторов построено уравнение логистической регрессии по прогнозированию вероятности достижения ЭР: $P=1/(1+e^{(-z)})$, где $e = 2,71828$ (основание натурального логарифма), $Z = - 2,694 \times (1 - \text{если желтуха} / 0 - \text{если нет}) - 0,021 \times \text{размер опухоли (мм.)} - 0,002 \times \text{интраоперационная кровопотеря (мл)} + 1,558 \times (1 - \text{минимально инвазивный доступ} / 0 - \text{открытый доступ})$. Выводы. Полученная модель анализа является достоверно значимой в качестве прогнозирования возможного не достижения ЭР у пациентов с ВПХК.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

143. Эталонный результат в хирургическом лечении внутрипеченочной холангиокарциномы

*Фисенко Д.В., Брицкая Н.Н., Королева А.А.,
Тараканов П.В., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е.,
Соловьев Н.О., Ефанов М.Г.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Растет количество исследований, в которых предлагаются модели эталонного результата (ЭР) для резекций печени. Оценка достижения ЭР после резекции печени по поводу внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК) изучена недостаточно. Цель исследования. Оценить частоту достижения ЭР после резекций печени у больных ВПХК, влияние факторов на достижение ЭР, влияние ЭР на выживаемость. Методы исследования. В исследование включены пациенты с ВПХК, оперированные в период с 2015 по 2024 годы. Оценка достижения ЭР печени проводилась с использованием критериев, предложенными G?rges В. и соавт. (2021): отсутствие интраоперационных осложнений ?2 класса, осложнений ?3 по Clavien-Dindo, желчной фистулы класса В и С (ISGLS), госпитальной летальности, повторной госпитализации в течение 30 дней, R1 резекции. Оценивалось влияние ЭР на выживаемость, а также методом бинарной логистической регрессии оценивалось влияние факторов на достижение ЭР. Результаты. В исследование включено 104 пациента. ЭР был достигнут у 40 больных (38,5%). Факторами, достоверно влияющими на недостижение ЭР (нЭР) были: размер опухоли ($p=0,024$), кровопотеря ($p=0,046$), желтуха ($p=0,001$) и открытый вариант доступа ($p=0,010$). Показатель достижения ЭР у больных с ВПХК при резекциях печени без сосудистых и билиарных реконструкций составил 57,2%. Медиана общей выживаемости для ЭР и нЭР составила 53 и 25 месяцев соответственно. Несмотря на отсутствие достоверно значимых различий выживаемости, отмечается тенденция к улучшению общей выживаемости у больных достигших ЭР ($p=0,076$). Выводы. Внедрение в клиническую практику комплексной модели ЭР является эффективным способом оценки качества, а также планирования хирургического лечения больных с ВПХК.

144. Концепция эталонного результата при радикальном хирургическом лечении воротной холангиокарциномы

*Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А.,
Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В.,
Соловьев Н.О., Хезай В.Е.*

Москва

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Концепция эталонного результата (ЭР) зарекомендовала себя как оптимальный комплексный показатель результатов хирургического лечения, в том числе в сложных онкологических ситуациях. При этом в литературе представлено крайне малое число исследований посвященных ЭР у пациентов с воротной холангиокарциномой, однако на небольшом числе исследований показано улучшение общей выживаемости у пациентов достигших ЭР. Цель. Оценить частоту ЭР после радикального хирургического вмешательства у пациентов с воротной холангиокарциномой, а также изучить факторы недостижения ЭР (нЭР). Методы. В исследование включены пациенты с воротной холангиокарциномой, которым выполнено радикальное хирургическое лечение с 2013 по 2024 годы. Критерии оценки достижения ЭР: отсутствие тяжелых осложнений ?3b по Clavien-Dindo; R0 резекция: длительность госпитализации не более 29 дней (75 перцентиль по выборке); отсутствие 90 дневной повторной госпитализации; отсутствие 90 дневной летальности. В ходе исследования произведена оценка влияния ЭР на выживаемость, а также методом логистической регрессии изучены факторы нЭР. Результаты. В исследование включены 195 пациентов. ЭР достигнут в 43%. Причины нЭР: сроки госпитализации (19%), R1 хирургический край (23%), повторная госпитализация и 90-летальность (19% и 9% соответственно), осложнения ?3b (30%). Медиана общей выживаемости в группах ЭР и нЭР составила 30 и 17 месяцев ($p=0,001$). Медиана безрецидивной выживаемости в группах ЭР и нЭР составила 23 и 15 месяцев ($p=0,07$). Возраст пациента ($p=0,031$); тяжелый холангит: G1 и G2 по Токийским критериям ($p=0,033$); кровопотеря ($p=0,018$); стадия опухоли T4 ($p=0,028$) достоверно влияли на нЭР. Выводы. Пациенты, достигшие ЭР показали лучшие результаты как общей, так и безрецидивной выживаемости. Выявленные факторы нЭР имеют важное прогностическое значение при планировании хирургического лечения.

145. Робот-ассистированные резекции при воротной холангиокарциноме. Критерии отбора пациентов для роботического доступа

*Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А.,
Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В.,
Соловьев Н.О., Хегай В.Е.*

Москва

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Стандартным хирургическим вмешательством при радикальном хирургическом лечении воротной холангиокарциномы остается выполнение обширной резекции печени, резекции внепеченочных желчных протоков, лимфаденэктомии, резекции 1 сегмента печени и формировании билиодигестивного анастомоза. Учитывая техническую сложность робот-ассистированных резекций при воротной холангиокарциноме выполняются ограниченным количеством центров, однако в мире накоплен и постоянно возрастает опыт выполнения подобных вмешательств. В настоящее время не существует критериев отбора пациентов для применения роботического доступа. Цель. Выявить критерии отбора пациентов с воротной холангиокарциномой к робот-ассистированным радикальным вмешательствам. Методы. На основании опыта ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр имени А. С. Логинова ДЗМ произведен анализ выполнения конверсий робот-ассистированных резекций при воротной холангиокарциноме. Также произведена оценка предоперационных параметров пациентов в робот-ассистированной и открытой группах с целью определения частоты достижения эталонного результата лечения (ЭР). Для оценки достижения ЭР использовались критерии: отсутствие осложнений по Clavien-Dindo; R0 резекция: длительность госпитализации не более 29 дней (75 перцентиль по выборке); отсутствие 90 дневной повторной госпитализации; отсутствие 90 дневной летальности. Результаты. С 2013 по 2024 год 45 пациентам с воротной холангиокарциномой выполнены робот-ассистированные радикальные вмешательства и 158 пациентам открытые вмешательства. Из 45 робот-ассистированных резекций имели место 7 (15.5%) конверсий доступа в открытый: у 6 пациентов ввиду необходимости сосудистой резекции и ангиопластики, у 1 пациента по причине интраоперационного кровотечения. ЭР в робот-ассистированной группе достигнут в 55% случаев, в открытой группе 39% ($p=0.07$). Группы не различались по возрасту, полу, ИМТ пациентов, по числу обширных резекций печени и правосторонних гемигепатэктомий, а также по числу анастомозированных желчных протоков. При этом в робот-ассистированной группе было меньшее количество пациентов с ECOG статусом >1 ($p=0.01$), стадией TNM III-IV ($p=0.07$). После выравнивания пациентов по отличиям частота достижения ЭР в роботической группе составила 55%, в открытой группе 50% ($p=0.67$). Выводы. Сосудистая инвазия, требующая резек-

ции и реконструкции, в настоящее время является ограничением роботического доступа. В настоящее время имеется определенная селекция пациентов к робот-ассистированному доступу по соматическому статусу.

146. Изолированные резекции 1 сегмента печени. Ближайшие результаты

*Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А.,
Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В.,
Соловьев Н.О., Хегай В.Е.*

Москва

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Изолированная резекция 1 сегмента (S1) печени является технически сложным оперативным вмешательством ввиду особенностей расположения первого сегмента, также близкого расположения последнего с крупными сосудисто-секреторными элементами. В современной литературе описано несколько более 200 лапароскопических резекций S1 печени, при этом существует не более 10 сравнительных исследований опыт которых редко превышает 15 пациентов. Цель. Сравнение ближайших результатов изолированных резекций S1 печени лапароскопическим и открытым доступом. Методы. В исследование включены пациенты с различными нозологическими поражениями S1 печени которым выполнялась изолированная резекция S1 печени, и не выполнялись симультанные вмешательства. Оперативные вмешательства выполнены с 2015 по 2024 годы. Оценивались основные периоперационные параметры. Результаты. Включено 20 пациентов, у 11 (55%) отмечались злокачественные новообразования (ЗНО), у 9 (45%) доброкачественные. 15 (75%) пациентов оперированы лапароскопическим доступом и 5 (25%) открытым. Группы были сопоставимы по полу ($p=0.075$), возрасту ($p=0.290$), ИМТ ($p=0.956$), ASA статусу ($p=1.000$), размеру опухоли ($p=0.338$), а также по числу ЗНО ($p=0.56$). Сегментэктомия S1 выполнена в лапароскопической группе и открытой - 10 (66.7%) и 2 (40%), $p=0.347$. Прием Прингла - 4 (26.7) и 1 (20), $p=1.000$. Кровопотеря - 124 ± 150 и 154 ± 95 , $p=0.953$. Время операции - 262 ± 105 и 220 ± 57 , $p=0.413$. R1 резекции - 1 (10%) и 0, $p=0.920$. Продолжительность госпитализации - 6.6 ± 1.8 и 6.2 ± 1.9 , $p=0.678$. Тяжелые послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo отсутствовали. Выводы. Лапароскопические резекции S1 печени демонстрируют положительные ближайшие результаты, обладая преимуществами минимально инвазивного доступа.

147. Повторные вмешательства после лапароскопической продольной резекции желудка.

Луцевич О.Э. (1,2), Яшков Ю.И. (1),
Прохоров Ю.А. (1), Вардаев Л.И. (2),
Миронов К.Э. (2)

Москва

ЦЭЛТ (1),
ФГБОУ ВО «Росунимед» МЗ РФ (2)

Одним из самых быстро развивающихся направлений современной клинической медицины является бариатрическая (метаболическая) хирургия. Среди широкого спектра операций, направленных на снижение массы тела пациента, бесспорным лидером сегодня является продольная (рукавная, Sleeve) резекция желудка (ПРЖ), признанная наиболее физиологичной операцией (сохраняется естественный пассаж ЖКТ). В то же время, несмотря на все положительные стороны (небольшое количество периоперационных осложнений, относительная простота и воспроизводимость, эффективность методики), одним из значимых поздних негативных явлений после операции является рецидив заболевания – повторное увеличение массы тела. Мы располагаем опытом лечения 47 пациентов с рецидивом ожирения после перенесенных в период 2004-2021 г.г. ПРЖ, в том числе 40 (4,4% от 904 наблюдаемых в клинике больных) – первично оперированных в ЦЭЛТ, и 7 – в других ЛПУ. Средний возраст пациентов составил 39,1 лет, т.е. это достаточно молодая группа, не удовлетворенная результатами первичных операций. Поводом для повторного обращения явилась недостаточная потеря массы тела (МТ) в течение 3-5 лет или набор МТ в более поздние сроки (7-10 лет) после операции, а также прогрессирование на этом фоне сахарного диабета 2 типа. Более того, подавляющее большинство пациентов с рецидивом заболевания имели исходный ИМТ 45+, что в дальнейшем отразилось на результатах лечения. Ретроспективный анализ также показал, что большинство пациентов с рецидивом ожирения (33) были оперированы до 2011 г. по общепринятой в то время методике ПРЖ - без или с частичной перитонизацией линии механического шва, оставлением «на глазок» более широкой культи дна и антрального отдела желудка (всего 274 пациента). С 2011 года мы используем ПРЖ собственной модификации (резекция на калибровочных зондах 44 и 32F, тотальная перитонизация механического шва, использование антирефлюксного клапана, формирование однородной желудочной трубки без оставления культи в области дна желудка и антрального отдела), что существенно сократило число повторных обращений (7). Спектр повторных вмешательств у 23 больных включал различные модификации билио-панкреатического шунтирования (БПШ): BPD\DS – 15 пациентов, SADI – 7, Scopinaro – 1. Еще у 13 больных после ПРЖ вторым этапом была выполнена Sleeve-пликация культи желудка (8), ре-резекция расширенной культи (2) или, при значимом

расширении ограниченных участков культи, комбинация этих двух приемов (3 больных). Конверсия вторым этапом предшествующей ПРЖ в гастро-шунтирование (ГШ) выполнена у 4 больных. Среди 7 пациентов, первично оперированных в других клиниках, у 5 была выполнена Sleeve-пликация культи желудка, у 1 – ре-резекция, и у 1 – комбинированный подход с резекцией расширенного антрального отдела культи. Тяжелых интра- и послеоперационных осложнений, равно как и летальных исходов, у всех повторно оперированных пациентов мы не отметили. Дальнейшее наблюдение в сроки 2-10 лет показало стабильное снижение МТ и удовлетворенность пациентов полученными результатами. Таким образом, рецидив ожирения после перенесенной ПРЖ может наблюдаться у 4,5 % больных и более, что требует повторного хирургического лечения. Снижению числа этих пациентов может способствовать тщательное соблюдение технического протокола самого вмешательства (нельзя оставлять широкий просвет культи желудка в области дна и антрального отдела), выработка правильного пищевого поведения оперированных больных, а также определение более четких, с учетом ИМТ и сопутствующих заболеваний, показаний к ПРЖ.

148. Ближайшие и отдаленные результаты робот-ассистированных, лапароскопических и открытых панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы

Соловьев Н.О., Ефанов М.Г., Королева А.А.,
Тараканов П.В., Фисенко Д.В., Цвиркун В.В.,
Хатьков И.Е.

Москва

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
имени А.С. Логинова ДЗМ

Цель Сравнить результаты открытых, лапароскопических и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы. Материалы и методы В МКНЦ им. А. С. Логинова с 2007 по 2024 г. было выполнено 700 ПДР, из них 550 лапароскопических. В ретроспективное когортное исследование включено 184 пациента, которым была выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Изучены демографические и периоперационные показатели, общая выживаемость (ОВ). Результаты В исследование включено 30 РПДР, 112 ЛПДР и 42 ОПДР, группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, шкале ASA, риске панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале UA-FRS. Частота послеоперационных осложнений Clavien-Dindo?3 (ОПДР 33%, ЛПДР 17,8%, РПДР 30%), показатели

индекса кумулятивных осложнений CCI (ОПДР 21,7, ЛПДР 18,8, РПДР 21,1), ПОПФ В+С (ОПДР 26%, ЛПДР 9%, РПДР 13%) и летальности (ОПДР 2,3%, ЛПДР 1,7%, РПДР 3%) между группами статистически не различались. Время операции было статистически значимо больше при РПДР 613 мин, ЛПДР 440 мин, ОПДР 445 мин, $p < 0,001$. Средняя кровопотеря во всех группах составила 200 мл. Число удаленных лимфоузлов, n (ОПДР 18, ЛПДР 19, РПДР 17), частота R0-резекций (ОПДР 84%, ЛПДР 88%, РПДР 90%) и длительность стационарного лечения, дн. (ОПДР 13,5, ЛПДР 12, РПДР 13) были сопоставимы. Медиана ОВ в группе ОПДР составила 23 мес., в группе ЛПДР 29 мес., в группе РПДР 24 мес., эти показатели статистически не различались. Заключение Полученные результаты определяют паритет как минимально-инвазивного, так и открытого доступа при ПДР у данной категории больных, и отвечают принципам международных консенсусов. Основным условием достижения хороших результатов ПДР является выполнение операции в высокопоточковых специализированных центрах, и преодоление кривой обучения.

149. Качество жизни у больных раком головки поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции

Соловьев Н.О., Королева А.А., Ефанов М.Г.,
Хатков И.Е.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Цель Оценка качества жизни (КЖ) больных раком головки поджелудочной железы после лапароскопической и открытой панкреатодуоденальной резекций (ПДР) Материалы и методы В проспективное когортное исследование включено 29 больных раком головки поджелудочной железы, которым была выполнена ПДР с 2023 по 2024 г. Использованы специфичные опросные листы EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26, изучено КЖ на до- и послеоперационном этапе, а также демографические и периоперационные показатели, их взаимосвязь с КЖ. Результаты Были выполнены 18 ЛПДР и 11 ОПДР. Группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, а также большинству интра- и послеоперационных показателей. Пациенты после ЛПДР отмечали статистически значимое улучшение эмоционального благополучия (EF) через 6 мес. в сравнении с ОПДР ($p = 0,004$). Удовлетворенность медицинской помощью (SA) также быстрее нарастала с 1 по 3 мес. в группе ЛПДР ($p = 0,0015$), данные различия нивелировались через 6 мес. после операции. Боль (PA) сильнее нарастала в группе ОПДР с 1 по 3 мес., ($p = 0,004$), и быстрее регрессировала к 6 мес. ($p = 0,004$). Снижение веса в первый месяц после операции статистически

значимо больше беспокоило пациентов после ОПДР ($p = 0,039$), данные различия нивелировались к 6 мес. ($p = 0,015$). Вздутие живота (BF) и нарушение вкусового восприятия (TA) на 3 мес. были достоверно более выражены в группе ЛПДР ($p < 0,03$), в другие периоды времени эти показатели не различались. При анализе КЖ в общей группе, было выявлено достоверное ($p < 0,001$) улучшение показателей общего состояния здоровья (QL) с 1 по 6 мес. после операции. Показатели физического благополучия (PF), достоверно снижались через 1 мес. и возвращались на дооперационный уровень через 6 мес. ($p < 0,001$). Панкреатогенная боль (PP) и метеоризм (FL), достоверно снижались с 1 по 6 мес. ПО ($p = 0,04$, $p = 0,02$). Так же пациенты сообщали о достоверном уменьшении тревожности в 1 месяц ПО ($p = 0,003$). Удовлетворенность медицинской помощью и показатели личной жизни достоверно возрастали через 6 мес. ПО ($p = 0,04$, $p = 0,003$). Удовлетворенность физическим состоянием достоверно снизилась, вплоть до 6 мес. ПО ($p = 0,02$). Высокие показатели тошноты, рвоты, бессонницы и сухости во рту на дооперационном этапе были статистически значимо ассоциированы с клинически значимыми осложнениями CD?3 ($p < 0,001$). Пациенты, столкнувшиеся такими осложнениями, сообщали о достоверно более выраженных симптомах нарушения пищеварения и вкусового восприятия через 3 мес. после операции ($p < 0,001$), данные симптомы нормализовались через 6 мес. после операции. Заключение Панкреатодуоденальная резекция у больных раком головки поджелудочной железы не приводит к ухудшению качества жизни. В большинстве случаев удается добиться улучшения или возвращения КЖ на дооперационный уровень в течение 6 мес. ЛПДР имеет определенные преимущества с 1 по 3 мес. после операции, в частности прирост показателей удовлетворенностью медицинской помощью, менее выраженный прирост показателей боли и снижения веса при сравнении с ОПДР. При этом на 3 мес. после операции пациенты после ЛПДР отметили более выраженные вздутия живота и нарушения вкусового восприятия. Данные различия были нивелированы через 6 мес. после операции. Абсолютное большинство показателей КЖ оказались сопоставимы через 6 мес. после операции независимо от доступа.

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

150. Эталонный результат открытых, лапароскопических и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы

Соловьев Н.О., Тараканов П.В., Ефанов М.Г.,
Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Цель Оценка эталонного результата (ЭР, TO-textbook outcome), его предикторов и влияния на выживаемость после открытых, лапароскопических и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы. Материалы и методы В МКНЦ им. А. С. Логинова с 2007 по 2024 г. было выполнено 700 ПДР, из них 550 лапароскопических. В ретроспективное когортное исследование включено 184 пациента, которым по поводу рака головки поджелудочной железы была выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Эталонный результат оценивали в соответствии определению DPCG (Dutch Pancreatic Cancer Group). Изучены демографические и периоперационные показатели, частота достижения ЭР и, влияющие на это факторы, а также общая выживаемость ОВ. Результаты Были выполнены 42 ОПДР, 112 ЛПДР и 30 РПДР, эти группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, а также большинству интра- и послеоперационных показателей. ЭР удалось достичь в 57% ОПДР, 70% ЛПДР, 63% РПДР, указанные показатели статистически не различались. Пол, возраст, ИМТ, механическая желтуха и метод ее разрешения, время операции и объем кровопотери не оказывали достоверного влияния на достижение ЭР. Плотность ткани поджелудочной железы была достоверно ассоциирована с достижением ЭР (72% плотная, 48% мягкая), $p=0,002$. Медиана ОВ была выше в группе пациентов, у которых удалось достичь ЭР 28 мес. против 21 мес., однако данные различия не были статистически значимы, $p=0.691$, 5-летняя выживаемость при этом не имела достоверной корреляции с достижением ЭР и составила 28%. Заключение Достижение эталонного результата имеет потенциал в увеличении медианы выживаемости после ПДР у данной категории больных. Не было выявлено факторов, на которые возможно оказать влияние на дооперационном этапе для увеличения частоты достижения ЭР, что требует дальнейшего изучения. Можно предположить, что в большинстве случаев решение о выборе оперативного доступа было верным, поскольку обеспечило высокий процент достижения ЭР, особенно при лапароскопических операциях.

151. Опыт применения лапароскопии в условиях экстренной хирургии

Файзулина Р.Р. (1,2), Савин Д.В. (1,2),
Синельщиков Е.А. (1), Кан В.В. (1), Таранец К.О. (2)

Оренбург

- 1) ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» (Оренбург, Россия, 460048)
- 2) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России (Оренбург, Россия, 460006)

Актуальность. В настоящее время лапароскопическая хирургия при экстренной патологии органов брюшной полости недостаточно развита в нашей стране. Во «Всемирном журнале по неотложной хирургии» были опубликованы рекомендации по применению лапароскопии в неотложной хирургии, в которых поддерживалось применение лапароскопии при холецистите, аппендиците, перфоративных гастродуоденальных язвах, спаечной тонкокишечной непроходимости, неспецифических болях в животе, травме, при условиях: селекция пациентов для лапароскопических операций, уверенное владение хирургами данной техникой. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ всех выполненных на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» города Оренбурга лапароскопических операций в экстренном порядке за 2020-2024 гг. Лечебное учреждение оказывает экстренную хирургическую помощь по городу три urgentных дня в неделю. Результаты. За период 2020-2024 гг. выполнено 3541 лапароскопических операций: 1240 в плановом порядке (35,1%), 2301 – в экстренном (64,9%), что составило 67,3% от всех оперативных вмешательств. Прооперировано 5831 женщин (65,9 %), 3021 мужчин (34,1 %). Средний возраст пациентов – 56,3 лет. Среди всех проведенных экстренных лапароскопических вмешательств преобладала диагностическая лапароскопия (1244 операции, 54,0%), а также лапароскопическая аппендэктомия (511, 22,2%). При подтверждении диагноза «острый аппендицит» лапароскопическая аппендэктомия выполнена в 83 % случаев, открытая – в 17%. Доля лапароскопического ушивания прободных гастродуоденальных язв составила 38%. Летальность после проведенных лапароскопических ушиваний перфоративных язв отсутствовала, в результате лапаротомных вмешательств летальность составила 9 случаев. Постепенно в клинике лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) становится основным видом вмешательств, применяемом при остром холецистите, вытесняя лапаротомный доступ. Всего проведено 326 ЛХЭ в экстренном порядке. В 2024 г. 72,6% всех операций по поводу острого холецистита выполнены лапароскопически, что значительно превышает долю ЛХЭ при остром холецистите в 2020 году (1,6%), и также доказывает эффективность применения лапароскопии при данной патологии. За период исследования 96% всех оперативных вмешательств при панкреонекрозе являлись лапароскопическими, что позволило значительно

снизить послеоперационную летальность. Конверсия на лапаротомию за 2020-2024 гг. наблюдалась только в 15 (0,4%) случаях. Основными причинами являлись: выраженный спаечный процесс брюшной полости (3 случая – 12,5%), активное кровотечение (4, 25%), разлитой гнойный перитонит (4, 25%), повреждение желчных протоков (2 – 37,5%). Среднее количество койко-дней после лапароскопических операций составило 4 ± 2 дней (что в 1,8 раз меньше, чем после открытых операций). Среди основных послеоперационных осложнений, потребовавших повторного хирургического вмешательства, выделены: послеоперационная вентральная грыжа в 2 (14,3 %) случаях, желчеистечение в 3 (21,4 %). нагноение послеоперационных ран в 4 (28,6 %), острая спаечная непроходимость у 2 (14,3 %) пациентов, кровотечение из послеоперационных ран у 3 (21,4 %). За 2020-2024 гг. послеоперационная летальность составила 45 случаев: 39 (0,5%) в результате открытых операций, 6 (0,08%) после лапароскопических. Заключение. Таким образом, приведенные данные доказывают эффективность применения лапароскопических методик в экстренной абдоминальной хирургии и требуют дальнейшего более активного внедрения их в рутинную практику.

152. Современные подходы к лечению латерально распространяющихся ворсинчатых опухолей толстой кишки.

Шерстнова Е.М. (1), Акимов В.П. (2),
Филин А.А. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ГБУЗ Ленинградская областная
клиническая больница
- 2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность: Термин «латерально распространяющаяся опухоль» (LST) начали применять в Японии для аденом, более 10 мм в диаметре, распространяющихся вдоль по слизистой оболочки толстой кишки, а иногда охватывающих циркулярно внутреннюю стенку. При этом до 48% таких аденом не имеют клинических проявлений и являются случайной находкой при выполнении диагностической колоноскопии. Внимание к LST обусловлено тенденцией к их злокачественному перерождению. Раннее выявление и удаление подобных новообразований играет большую роль в профилактике колоректального рака. Цель исследования: Уточнить возможности эндоскопического удаления крупных латерально распространяющихся ворсинчатых опухолей толстой кишки. Материалы и методы: В исследование включено 52 пациента, которым была выполнена эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR). У всех пациентов новообразования были представлены типом IIa по Парижской

классификации 2002г. Средние размеры новообразований составили $28,30 \pm 2,52$ мм (min 13,0 мм, max 50,0 мм). Для определения краев новообразования и структуры ямок (pit pattern) проводили окрашивание слизистой с последующим применением ZOOM. Затем в подслизистый слой вводили раствор для создания «подушки» и оценки признаков инвазивного роста. Далее выполнялась стандартная EMR. При помощи функции увеличения производили контроль полноты удаления новообразования в краях резекции. Надо отметить, что резидуальные ткани в 30% случаях были выявлены именно благодаря функции ZOOM. Результаты: По данным гистологического исследования 32 (61,54%) новообразований были представлены ворсинчатыми аденомами с неоплазией низкой степени, 15 (28,85%) ворсинчатых аденом имели неоплазию высокой степени, 5 (9,61%) новообразований имело фокусы аденокарциномы без признаков инвазии в собственную пластинку. При эндоскопическом удалении LST толстой кишки средняя длительность госпитализации после оперативного вмешательства составила $3,42 \pm 0,45$ койко-дня. У 1 (1,9%) пациента развилось кровотечение в первые сутки после операции. Была выполнена повторная колоноскопия с клипированием кровоточащего сосуда в дне дефекта. Пациент был выписан на 2-е сутки после гемостаза. У 1 (1,9%) с крупным новообразованием, $2,5 \times 3,4$ см, в ректосигмоидном отделе толстой кишки интраоперационно была диагностирована перфорация стенки кишки. Пациент был направлен в операционную, где было выполнено лапароскопическое ушивание дефекта стенки. Формирования разгрузочной колостомы не потребовалось. Пациент был выписан на 5-ые сутки после операции. Все пациенты проходили ежегодное контрольное обследование (тотальная видеокколоноскопия, КТ ОГК, ОБП и ОМТ с в/в контрастированием) в течение 5 лет после удаления опухоли. В 1 случае был выявлен рецидив новообразования через 6 месяцев и 3 рецидива новообразования через 1 год после эндоскопической резекции слизистой, у 3 пациентов были выявлены аденомы в других отделах толстой кишки. Признаков малигнизации или опухолевой прогрессии также выявлено не было. Выводы: Главным является выявление признаков инвазивного роста как при прижизненной микроскопии (ZOOM), так и во время оценки сопротивления тканей и степени отсепаровывания новообразования от подслизистого слоя до начала эндоскопического удаления. В настоящее время EMR широко применяется для удаления неопластических опухолей желудочно-кишечного тракта. Методика увеличения во время колоноскопии значительно улучшает качество визуализации границ латерально распространяющегося новообразования и помогает в оценке полноты резекции, что в свою очередь улучшает отдаленные результаты и снижает риск развития рецидива опухоли. Эндоскопическая резекция слизистой, совмещенная с колоноскопией с увеличением, является органосохраняющим и эффективным методом лечения крупных ворсинчатых новообразований. Сопротивление при введении раствора, участки уплотнения и изъязвление свидетельствуют о глубокой инвазии в

нижележащие слои, что является противопоказанием для проведения EMR.

153. Послеоперационные осложнения после продольной резекции желудка: диагностика и менеджмент

Анипченко А.Н., Кирхнер Е.А.

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского ДЗМ»

Актуальность. В настоящее время бариатрическая хирургия выделилась в самостоятельную хирургическую дисциплину. Хирургические методы лечения пациентов с избыточной массой тела стандартизированы и достаточно неплохо отработаны. Однако увеличение числа бариатрических операций неизменно ведет к увеличению количества послеоперационных осложнений, диагностика и менеджмент которых недостаточно разработаны и освещены в специальной литературе. Цель исследования. Провести анализ послеоперационных осложнений на группе пациентов, которым была выполнена типовая бариатрическая операция и определить алгоритм диагностики и тактику лечения осложнений в послеоперационном периоде. Материал и методы. За период с 2021 по 2024 гг. в нашей клинике находилось на лечение 32 пациента с избыточной массой тела. Всем пациентам была выполнена продольная рукавная резекция желудка. У 5 (15,6%) пациентов в ближайшем послеоперационном периоде развились следующие осложнения: кровотечение с развитием обширной гематомы – 2 пациента, 2 – несостоятельность швов по большой кривизне желудка и 1 – абсцесс селезенки. Результаты. Всем пациентам на следующий день после операции выполнялся УЗИ-контроль органов брюшной полости и рентгеноскопия пищевода и желудка с барием, а также лабораторный контроль по стандартной схеме. 2 пациентам с кровотечением и формированием внутрибрюшной гематомы было выполнено дренирование брюшной полости под УЗИ-навигацией. Оперативное лечение этим пациентам не потребовалось. У 2 пациентов с несостоятельностью скрепочных швов по большой кривизне желудка была выполнена повторная лапароскопия и ушивание места несостоятельности шва. Послеоперационный период у обоих пациентов протекал без осложнений. Пациент с абсцессом селезенки был оперирован спустя 3,5 месяца после первичной операции. В брюшной полости отмечался выраженный спаечный процесс. Была выполнена лапароскопия и спленэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент был выписан на 10 сутки на амбулаторное лечение. Выводы. Обязательное рутинное выполнение рентгеноскопии

пищевода и желудка, УЗИ органов брюшной полости и лабораторного контроля в ближайшем послеоперационном периоде позволяет на ранних сроках выявить послеоперационные осложнения после продольной рукавной резекции желудка. Развившиеся осложнения в подавляющем числе случаев возможно купировать с помощью миниинвазивных технологий.

154. К вопросу о перспективах эндоваскулярного восстановления кровотока при острой мезентериальной ишемии

Панкратов А.А. (1,2), Варфаломеев С.И. (2), Куликов И.И. (2), Матков И.В. (2), Мамонов Д.А. (1,2), Сафронов Д.А. (1), Плюснин Б.И. (1), Шаров Е.К. (1,2)

Москва

1)ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, кафедра факультетской хирургии №2.2) ГБУЗ «ГКБ им В.П. Демикова ДЗМ»

Введение Принципы хирургического лечения острой мезентериальной ишемии (ОМИ) остаются неизменными с середины прошлого века, однако уровень летальности при этой патологии достигает 80% без тенденции к снижению. Цель: улучшить результаты лечения ОМИ путем применения эндоваскулярных вмешательств. Материал и методы Дизайн: проспективное неконтролируемое одноцентровое исследование (2016–2024 гг.). Пациенты: 150 человек (76,6±11,9 года) с подозрением на ОМИ, поступившие в хирургическое отделение ГКБ им. В.П. Демикова. Диагностика: Основной метод диагностики ОМИ – КТ-АГ. При подозрении на перитонит выполняли лапароскопию. При обратимой ишемии кишечной стенки — КТ-АГ. Первым этапом лечения проводили эндоваскулярное вмешательство при нарушении мезентериального кровообращения. При успешном исходе — динамическое наблюдение. При сохранении боли или перитонеальной симптоматики — контрольная лапароскопия. Результаты Эндоваскулярные вмешательства при ОМИ были проведены у 62 пациентов: 37 завершились успешно, была достигнута реваскуляризация, в 25 – реваскуляризация не достигнута. Проведенные эндоваскулярные вмешательства: стентирование ВБА + ангиопластика – 13; стентирование ВБА + ангиопластика + аспирационная тромбоэкстракция – 19; аспирационная тромбоэкстракция – 3; аспирационная тромбоэкстракция + Ангиопластика – 2. Летальность составила 72,9% (27 из 37) среди успешных вмешательств и 96% среди неудачных. Из 37 пациентов, перенесших эндоваскулярное восстановление кровотока, 19 поступили в крайне тяжелом состоянии. У 8 из них обширный некроз кишечника

выявлен во время операции после реваскуляризации, а 11 пациентов умерли в первые часы до вмешательства, с тотальным поражением кишечника, подтвержденным на аутопсии. Данные факты позволяют сделать предположение о том, что на момент выполнения эндоваскулярного вмешательства у больных этой группы уже имелся недиагностированный тотальный некроз кишки. Что дает нам право исключить указанные наблюдения из анализа эффективности данного метода реваскуляризации. Из оставшихся 18 случаев успешной реваскуляризации выжили 11 пациентов: 5 выздоровели без дополнительных вмешательств, 2 перенесли диагностическую лапароскопию без патологий, 11 потребовалась резекция кишки, из которых 7 умерли. Скорректированный уровень летальности после эндоваскулярного восстановления кровотока составил 38,9% (7 из 18). Обсуждение. Совокупный показатель летальности при ОМИ соответствует мировой статистике, однако скорректированный уровень смертности заслуживает внимания. Многие пациенты поступают в инкурабельном состоянии, когда ни активная тактика, ни метод реваскуляризации не влияют на исход. В потенциально излечимых случаях хирургическая тактика при некрозе кишки в основном определена. Наиболее спорным остается выбор метода реваскуляризации. Сравнение эффективности эндоваскулярной и открытой тромбэктомии затруднено из-за редкости патологии, а также организационных и этических ограничений для проведения проспективных контролируемых исследований. На сегодня нет доказательств преимущества одного метода реваскуляризации над другим. В нашем исследовании в 7 из 18 случаев (38,9%) эндоваскулярное вмешательство позволило избежать резекции кишки и лапаротомии. Учитывая высокую коморбидность пациентов с ОМИ, это преимущество может существенно повлиять на исход лечения. Однако малая выборка и отсутствие прямого сравнения методов позволяют лишь предполагать перспективность эндоваскулярных вмешательств. Выводы и рекомендации. В настоящее время отсутствуют рандомизированные проспективные исследования по эффективности эндоваскулярных методов восстановления кровотока в мезентериальных сосудах, поэтому вопрос выбора метода реваскуляризации остается открытым. Тем не менее, полученные результаты внушают сдержанный оптимизм в отношении возможности эндоваскулярного восстановления кровотока, которое может предотвратить необходимость выполнения лапаротомии у столь тяжелой категории больных.

155. Результаты хирургического лечения острого панкреатита. Роль клинических шкал BISAP и MCTSI в определении тактики лечения

*Самарцев В.А. (1,2), Домрачев А.А. (1,2),
Паршаков А.А. (1,2), Гаврилов В.А. (1,2),
Пушкарев Б.С. (1,2), Кузнецова М.П. (1,2),
Соснин Д.Ю. (1).*

Пермь

- 1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 2) Государственное автономное учрежд

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) занимает одно из лидирующих мест по числу госпитализаций в хирургические отделения, параллельно отмечается рост количества пациентов с хроническим постнекротическим панкреатитом, характеризующихся тяжелым течением, высокими показателями осложнений и летальности. Материалы и методы. Проведено ретроспективно-проспективное исследование результатов хирургического лечения 204 больных с острым панкреатитом средней и тяжелой степени. Больные были разделены на две группы: в 1-ю группу включены пациенты с обострением хронического постнекротического панкреатита (n=73). Во 2-ю группу (n=131) были включены пациенты с острым панкреатитом. По способу хирургического лечения пациенты в обеих группах были разделены на следующие подгруппы: I – мини-инвазивные методы лечения (n = 50 в 1-й группе, n = 96 во второй группе), II – открытые методы хирургического лечения (n = 23 в 1-й группе, n = 35 во 2-й группе). Степень тяжести панкреатита оценивалась по шкале BISAP, степень повреждения поджелудочной железы – по шкале MCTSI. Результаты. Данные лабораторных и инструментальных исследований были интерпретированы в соответствии с клиническими шкалами BISAP и MCTSI. Медиана для всех 73 пациентов 1-й группы по BISAP составила 1,0 (Q1-Q3: 0,0-2,0), по MCTSI 6,0 (2,0-8,0). Пациентам 1-й группы в 50 (68,4%) случаях выполнены мини-инвазивные вмешательства, включающие лапароскопические технологии – 35, чрескожно-чреспеченочное наружно-внутреннее холангиостомия (ЧЧХС) – 9, дренирование кист поджелудочной железы (ПЖ) под УЗИ – 2, ЭРХПГ, стентирование главного панкреатического протока (ГПП), холедоха – 4. Открытые операции выполнены у 23 (31,6%) пациентов: лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия, холецистэктомия (ХЭ), дренирование брюшинного пространства. Средние значения по BISAP и MCTSI в I подгруппе составили 1,15 и 4,9; во II – 1,5 и 5,7 баллов. В раннем послеоперационном периоде, в связи с развитием отрицательной динамики повторно прооперировано 17 (23,2%) пациентов из них открытые оперативные вмешательства выполнены у 10 (58,8%),

мини-инвазивные у 7(41,2%) пациентов. Средние значения в 1-й группе при повторных операциях по BISAP и MCTSI составили 1,1 и 7,2; 2,3 и 5,7. У 131 пациента 2-й группы медиана баллов BISAP и MCTSI составила 1,0 (Q1-Q3: 1,0-3,0), 4,0 (2,0-7,0). Мини-инвазивные вмешательства первым этапом выполнены 96 (73,2%) пациентам, из них лапароскопические технологии применены в 90 случаях. ЭРХПГ, ЭПСТ, стентирование ГПП, холедоха -3, ЧЧХС- 3. Открытые вмешательства выполнены у 35(26,8%) пациентов. Средние значения по BISAP и MCTSI в подгруппах I и II составили 1,5 и 4,3; 1,94 и 5,2. Повторно было прооперировано 25(19,1%) человек: мини-инвазивные вмешательства выполнены - 15(60,0%), открытые - 10(40,0%). Средние значения при повторных операциях BISAP и MCTSI составили 1,4 и 5,3; 1,6 и 5,4. Обсуждение. Летальность в обеих группах была сопоставима: 1-я группа -21(28,77%), 2-я группа - 37(28,24%) пациентов. Летальность в 1-й и 2-й подгруппах составила: 11(22,0%) и 21(21,88%); 10(43,48%) и 16(45,71%). Пациенты с значениями баллов по шкале BISAP (более 1,5) и MCTSI (выше 5) имели более высокую летальность и чаще требовали открытых операций. В 1-й группе в подгруппе открытых операций средние значения по BISAP составили 1,5, по MCTSI — 5,7, в то время как в подгруппе мини-инвазивных вмешательств — 1,15 по BISAP и 4,9 по MCTSI баллов. В 2-й группе в подгруппе открытых операций значения по шкале BISAP были -1,94, а MCTSI -5,2; в подгруппе мини-инвазивных вмешательств по шкале были BISAP - 1,5, а MCTSI- 4,3 баллов. Выводы и рекомендации. При ОП и его осложнениях операциями выбора являются этапные мини-инвазивные вмешательства. Шкалы BISAP и MCTSI позволяют достоверно стратифицировать пациентов по степени тяжести заболевания, прогнозировать развитие осложнений и летальности.

156. Малоинвазивный подход в коррекции паховых грыж у больных с гиперплазиями предстательной железы

*Махмадзода Ф.И. (1), Рахматуллоев И.Н. (1),
Кодири Т.Р. (2)*

Душанбе

Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибн Сино,
Таджикистан, Душанбе (1)
Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения Республики
Таджикистан, Душанбе (2)

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у пациентов с доброкачественными гиперплазиями предстательной железы (ДГПЖ), применением малоинвазивной технологией.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 31 пациента, находившиеся на лечение по поводу паховых грыж и ДГПЖ. Все мужчины были в возрасте 60 лет и более. Учитывая возраст и наличие сопутствующих соматических патологий, выбор этапности хирургической коррекции паховых грыж и ДГПЖ, было основано на характер доминирующей патологии. Больных с первичными грыжами было 28 (90,3%), с рецидивом - 3 (9,7%). ДГПЖ 1-ой степени имело место у 5 (16,1%), 2-ой степени — у 19 (61,3%) и 3-ей степени — у 7 (22,6%) больных. У пациентов пожилого и старческого возраста, закономерно имелись сопутствующие патологии, в виде ишемической болезни сердца — 26 (83,9%), гипертоническая болезнь — 24 (77,4%), сахарный диабет — 14 (45,2%) и ожирение (I-III степени) — 9 (29,0%). У пациентов, которым произведены стандартная раздельная герниопластика (n=13), плотная паховая связка отмечено в 15,4%, слабая — 30,8%, а дряблая — у 53,8%, когда эти показатели у больных с транс абдоминальной лапароскопической герниопластики с тотальным протезированием плотная паховая связка отмечено — у 22,2%, слабая — у 38,9% и дряблая — у 38,9% соответственно. Результаты. В 18 (58,1%) наблюдениях, пациентам с высоким риском, произведено транс абдоминальная лапароскопическая герниопластика, с тотальным протезированием над пузырной паховой области, а при отсутствии высокого риска в 13 (41,9%) случаях — стандартная раздельная герниопластика. Всем пациентам ДГПЖ скорректированы применением трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРПЖ). В 24 (77,4%) наблюдениях, доминировало картина паховых грыж, и первым этапом произведена герниопластика, в 7 (22,6%) — картина ДГПЖ, что показанием к первому этапу операции ставили ТУРПЖ. Среднее время операции ТУРПЖ составило $62,32 \pm 3,78$, лапароскопической герниопластики - $114,34 \pm 16,76$ минут. Количество послеоперационных осложнений составляло 6,4% случаев, в том числе серома в 1 (3,2%) случае, кровотечение — в 1 (3,2%), и у 1 (3,2%) пациента имелась послеоперационная пневмония. Случаев летального исхода не было. Заключение. При правильном выборе этапности операций и тщательной предоперационной подготовки паховых грыж у больных с ДГПЖ, герниопластика и трансуретральная резекция предстательной железы не имеет альтернативу.

157. Эндоскопическая декомпрессия, деторсия и редукция – как первый этап лечения заворота сигмовидной кишки у больных с долихоколом

*Махмадзода Ф.И., Джураев М.Х.,
Додоходжаев А.А., Джураев Х.Х.,
Додоходжаев А.И., Набиев Б.Дж., Раззоков Г.А.*

Душанбе

Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибн Сино, Таджикистан,
Душанбе

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопической коррекции заворота сигмовидной кишки как одного из ключевых этапов лечения пациентов с долихоколом. Материал и методы. Проведен анализ данных 16 пациентов с диагнозом долихосигма. Среди них 68,7% составляли мужчины, 31,3% – женщины. Возраст обследованных варьировал от 48 до 69 лет. Послеоперационные рецидивы отмечены у 18,7% пациентов, а у 12,5% в анамнезе ранее проведены эндоскопическая деторсия и сигмопликация. Результаты. У 43,7% (n=7) пациентов после эндоскопической декомпрессии, деторсии и редукции наблюдалось значительное уменьшение болевого синдрома. Им было назначено консервативное лечение, включающее диету с высоким содержанием клетчатки, физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж, подбор слабительных средств по показаниям и иглорефлексотерапию. В случаях, когда консервативная терапия в течение трех месяцев не давала эффекта, а также при выраженных нарушениях моторно-эвакуаторной функции кишечника, проводилась плановая резекция сигмовидной кишки с одномоментным наложением межкишечного анастомоза. В 31,2% (n=5) случаев выполнена деторсия заворота и мезосигмопликация по методу Гаген-Торна. У 25,0% (n=4) пациентов по экстренным показаниям вследствие заворота произведена резекция сигмовидной кишки с формированием одностольной колостомы. Через шесть месяцев после первой операции этим пациентам была выполнена реконструктивно-восстановительная хирургия, устранение колостомы и восстановление естественной кишечной проходимости путем наложения межкишечного анастомоза. Послеоперационный период сопровождался продолжением консервативного лечения. Осложнений в послеоперационном периоде не зафиксировано. У пациентов восстановился самостоятельный стул, исчез болевой синдром и улучшилось качество жизни. Однако трое пациентов, перенесших деторсию и мезосигмопликацию по Гаген-Торну, несмотря на продолжающееся консервативное лечение, были вынуждены регулярно прибегать к очистительным клизмам из-за сохраняющихся запоров. Заключение: Эндоскопическая декомпрессия, деторсия и редукция сигмовидной кишки при завороте у пациентов с долихоколом являются важным и оправданным первым этапом лечения данной категории больных.

158. Применение лапароскопических технологий в хирургическом осложнении болезни Крона

*Каманин А.А., Богданов П.И., Корольков А.Ю.,
Османов З.Х., Номоконов Д.Г., Костюков В.В.,
Виниченко А.А., Чеминава Р.В., Морозов В.П.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. П.П. Павлова Минздрава
России

Актуальность. Хирургическое лечение осложнений болезни Крона (БК) остается сложной задачей и зависит от локализации патологического процесса и тяжести заболевания. Большинство хирургов, занимающихся лечением БК считают, что важным условием выполнения оперативных вмешательств при БК является минимизация хирургической травмы. В этой связи несомненным преимуществом обладают лапароскопические технологии, которые позволяют снизить риск развития послеоперационных осложнений и сократить время пребывания больных в стационаре. Тем не менее, многие хирурги при БК по прежнему предпочитают открытые операции. Так, исследование Connolly T.M. проведенное в 2022 году показало, что лапароскопические операции при БК были применены лишь у 194 пациентов из 906 (21,4%). Воспалительные изменения и их прогрессирование при БК, нередко с формированием внутренних свищей, нарушают топографические взаимоотношения органов в брюшной полости, затрудняют дифференцировку органов и тканей, увеличивают риск ранения органов и могут стать причиной внутрибрюшного кровотечения. В связи с чем целесообразным представляется определение показаний и противопоказаний для применения эндовидеохирургических технологий при БК. Методы: Были проанализированы результаты лечения 102 пациентов, которые были оперированы в связи с развившимися осложнениями болезни Крона. Согласно Монреальской классификации БК у 52 пациентов диагностирован илеит (L1), у 10 пациентов - колит (L2), у 38 пациентов - илеоколит (L3). Операции были проведены у 59 пациентов по поводу стриктурирующей формы БК (B2), у 38 пациентов - по поводу пенетрирующей формы БК (B3), у 5 пациентов в связи с развитием рефрактерности к проводимой терапии при воспалительной форме БК (B1). Результаты: Лапароскопическая операция была проведена у 53 пациентов (52,0%), открытым способом оперированы 35 пациентов (34,3%), у 14 больных проведена конверсия доступа после диагностической лапароскопии (13,7%). Среднее время лапароскопических операций, выполненных в полном объеме, составило 141 минуту (SD=58) против 204 минут (SD=104) при открытой операции. Средняя кровопотеря при лапароскопических операциях, по нашим данным, оказалась в три раза меньше, чем при открытых: при лапароскопических операциях – 90 мл (SD=29), при открытых - 306 мл (SD=130). Кроме того, в ходе исследования было выявлено, что средний уровень С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови

пациентов, отражающий активность воспаления в ответ на хирургическую агрессию, после лапароскопических операций составил - 54,098 мг/л. Это значительно ниже, чем после операций, проведенных открытым способом, где он достигал 78,439 мг/л ($p=0,004$). Использование лапароскопических приемов минимизирует механическое воздействие на кишечник, позволяет с минимальной травмой, прецизионно выделить из воспалительного инфильтрата петли кишечника, избежать ненужных резекций. Лапароскопические методы обеспечивают хорошие условия для ревизии поддиафрагмальных пространств, для мобилизации печеночного и селезеночного углов толстой кишки, обеспечивают надежный визуальный контроль по ходу операции. К относительным противопоказаниям для выполнения лапароскопических операций относим: выраженный спаечный процесс, плотный и неподвижный инфильтрат в брюшной полости, обширный инфильтрат, включающий левую половину толстой кишки. Лапароскопические операции у больных с БК должны выполняться только хирургами, имеющими опыт хирургического лечения пациентов с БК, понимающими клинические и патогенетические особенности БК. Выводы: Совершенствование лапароскопических приемов и приобретение хирургического опыта лечения больных с БК позволили сформулировать показания и противопоказания для применения лапароскопических методик и улучшить качество лечения пациентов с БК.

159. Рентгенэндоваскулярный гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях: опыт широкопрофильного стационара

*Миленькин Б.И. (1,2), Самочатов Д.Н. (1),
Калачев С.В. (1), Войновский А.Е. (1).*

Москва

1. ГБУЗ «Городская клиническая больница №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»
2. ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ

Актуальность Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) остаются одной из ведущих причин неотложных хирургических состояний, особенно у пациентов с язвенной болезнью и онкопатологией. Высокая летальность при массивных кровотечениях требует эффективных и малотравматичных методов остановки кровотечения. Совершенствование рентгенэндоваскулярных технологий, появление новых эмболизирующих агентов и усовершенствованных катетеров позволяют более точно и безопасно останавливать кровотечения из целевого сосуда. Материал и методы В период за 2024 год в ГБУЗ «Городская клиническая больница №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» было госпитализировано 192 пациента с диа-

гнозом гастродуоденального кровотечения, в том числе 138 (71,9%) мужчин и 54 (28,1%) женщин. Средний возраст составил $64,6 \pm 5,2$ года. Эндоскопический гемостаз в различных вариантах при выполнении фиброэзогастродуоденоскопии (ФЭГДС) по поводу гастродуоденальных кровотечений потребовался у 137 пациентов (71,4%). У 55 (28,6%) больных во время проведения ФЭГДС кровотечение считали состоявшимся и не требовавшим активной хирургической тактики. Среди технических средств и лечебно-диагностических приёмов для остановки ГДК привлекает своими возможностями рентгенэндоваскулярный гемостаз (РЭВГ). Показанием к рентгенэндоваскулярному вмешательству с целью эмболизации кровоточащего сосуда считали неэффективность эндоскопической остановки кровотечения, риск рецидива кровотечения у пациентов с высоким риском (Forrest IIA, IIB) после первичного эндоскопического гемостаза. Результаты За 2024 год выполнены 111 РЭВГ у 107 пациентов. Среди них 71 пациента мужчины и 36 - женщины. У 4 (3,7%) пациентов был выполнен повторный РЭВГ. Причинами явились как нецелевая эмболизация сосуда в 2 случаях, так и неполноценный РЭВГ - 2. В 71 случае (66,4%) проведена селективная эмболизация гастродуоденальной артерии и в 36 (33,6%) - левой желудочной артерии. В качестве эмболизатов для артерии-источника кровотечения использованы спирали (65), микроэмболы (29) и их комбинации (17). Летальность в группе из 107 больных, которым применён РЭВГ, составила 3,7% (4 пациента). Ни в одном из наблюдений состояние пациентов рентгенэндоваскулярный гемостаз не ухудшил и не был причиной летального исхода. Обсуждение Внедрение РЭВГ у пациентов с urgentными хирургическими состояниями помогают избежать традиционного хирургического вмешательства и является элементом единой системы оказания специализированной помощи. Следует учитывать, что у коморбидных пациентов и больных старших возрастных групп с сопутствующей патологией часто непереносимым является не только рецидив кровотечения, но и операционно-анестезиологические риски при проведении вынужденного экстренного или срочного традиционного хирургического вмешательства. Поэтому из-за малотравматичности и низкой вероятности дополнительной кровопотери именно РЭВГ в настоящее время в ряде случаев стал альтернативным вариантом необходимого оперативного вмешательства. Выводы Рентгенэндоваскулярный гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях позволяет избежать травматичного вмешательства, снижая послеоперационные осложнения и летальность. Рекомендации Рентгенэндоваскулярный гемостаз целевого сосуда при гастродуоденальных кровотечениях рекомендован при неэффективности эндоскопической остановки кровотечения, вероятности рецидива кровотечения у пациентов с высоким риском (Forrest IIA, IIB) после первичного эндоскопического гемостаза. Преимущества метода заключаются в его минимальной инвазивности, возможности применения у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые ограничивают применение традиционных хирургических

методов, меньшая вероятность осложнений, таких как инфекционные процессы и кровотечения, по сравнению с открытыми хирургическими операциями.

160. Острый постманипуляционный панкреатит, как осложнение транспапиллярных вмешательств, причины и методы профилактики

*Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Ногина А.А.,
Михайличенко Г.В.*

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) – одно из самых часто встречающихся осложнений после эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ). Несмотря на повышенное внимание в отношении развития ЭТПВ, частота развития тяжелых форм и связанная с ним смертность растут. Частота встречаемости ОПМП варьирует в диапазоне 3,1–13,0% (1,2,3). Летальность от ОПМП и его осложненных форм составляет 0,1–0,7%. Поэтому вопросы о проведении ЭТПВ следует принимать осторожно, учитывая факторы риска развития ОПМП у каждого пациента индивидуально. Поэтому, нерешенные вопросы профилактики ОПМП заставляют продолжать поиск наиболее простых и эффективных методов, направленных на снижение частоты развития осложнений, сокращение сроков лечения и летальности у пациентов после ЭТПВ. Цель: проанализировать причины развития ОПМП у пациентов после эндоскопических транспапиллярных вмешательств и обосновать применение методов профилактики. Материалы и методы: на базе ГКБ СМП №25 г в период с сентября 2021 по сентябрь 2024 гг было выполнено 334 эндоскопических транспапиллярных вмешательств по поводу холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) и терминального отдела холедоха, опухолевых стриктур желчевыводящих протоков, в том числе осложненных механической желтухой и гнойным холангитом. В большинстве случаев (297 - 88,9%) ЭТПВ производились по поводу осложненной желчнокаменной болезни, среди которых 264 (86,8%) пациентов с механической желтухой. Нами был проведен сравнительный анализ частоты данного осложнения в двух группах больных. В первую группу вошли пациенты, которым ЭТПВ проводилось без применения системы прогнозирования риска развития ОПМП, во второй группе ЭТПВ производились с применением системы прогнозирования ОПМП и учетом проведенного нами анализа всех групп факторов риска, в том числе и анатомо-морфологическими особенностями перипапиллярной зоны. Самым частым осложнением после ЭТПВ был ОПМП, который наблюдали у 17 (5,1%)

пациентов, среди которых 12 (3,6%) пациентов первой группы и 5 (1,5%) второй группы. В число этих больных не входили пациенты с билиарными панкреатитами, развившимися у них до выполнения ЭТПВ, а также с явлениями гиперамилаземии, не проявлявшейся клинически, как острый панкреатит. Результаты и обсуждения: Анализ клинических случаев развившегося ОПМП после ЭТПВ, позволил выделить следующие основные группы его причин и факторов риска: 1. Введение проводниковой струны и контрастного вещества в главный панкреатический проток (ГПП) с развитием гидродинамической травмы, вследствие гипертензии; 2. Многократные попытки канюляции устья БДС, вследствие чего развившийся отек тканей периапулярной зоны, в том числе и устья ГПП нарушает отток панкреатического секрета; 3. Использование режима коагуляции при выполнении папиллотомии, приводит к термической травме устья ГПП с формированием последующей протоковой гипертензии; 4. Рефлюкс контрастного вещества в бассейн ГПП при форсированном его введении в просвет гепатикохоледоха; 5. Несоответствие протяженности папиллотомической апертуры размерам конкремента, которая приводит к развитию панкреатита вследствие ущемления конкремента. С целью профилактики риска развития ОПМП в предоперационном периоде были оценены факторы риска со стороны пациента, особенностей выполнения транспапиллярного вмешательства и анатомических особенностей перипапиллярной зоны, включающий следующие этапы: 1. Минимизация количества попыток и длительности канюляции; 2. Селективная канюляция общего желчного и панкреатического протоков; 3. С целью минимизации коагуляционной травмы тканей БДС во время папиллотомии использовали преимущественно режим «CUT»; 4. Превентивное стентирование главного панкреатического протока с целью снижения панкреатической гипертензии. Выводы: Проведенный нами анализ причин и применение системы прогнозирования риска развития ОПМП, с учетом факторов риска, позволили более чем в 2 раза (1,5% против 3,6%), снизить количество осложнений после ЭТПВ. Летальных случаев не было.

161. Троекранная рана брюшной стенки и её особенности

Баранов Г.А., Праздников Э.Н., Бахметов Т.Р.

Москва

ФГБОУ ВО «Росунимед»

Актуальность. Малая травма брюшной стенки при лапароскопических операциях не позволяет избежать раневых нагноений и формирования послеоперационных грыж. Профилактика этих осложнений является актуаль-

ной задачей лапароскопической хирургии. Материал и методы. Обследовано 80 пациентов без признаков сахарного диабета, перенесших однотипные плановые операции с локализацией «основных» портов в эпигастрии и окологрудиной области. Исследования проведены в 1-3-7 сутки после вмешательств. Изучали микроциркуляцию в поверхностных тканях в зоне доступов. Определяли паравульнарный крово-и лимфоток и местный окислительный метаболизм по амплитуде флуоресценции на аппарате «Лазма-СТ» (Россия). Клинически регистрировали наличие или отсутствие раневых осложнений (инфильтрат, нагноение). Результаты. Зарегистрированы более часто осложнения в параумбиликальной области, чем в эпигастрии (7,7 % и 2,9 % соответственно). Локализация троакарного доступа, длительность интраоперационной фиксации троакара в тканях, манипуляции гильзой о стенки раны и способ ушивания раны «на всю глубину» влияют на течение раневого процесса. После ушивания троакарных ран специальными инструментами (игла Berci, Esten, Endoclose) посттравматическая гипоксия тканей меньше, что регистрируется лазерной доплеровской флуориметрией по уровню НАДН и ФАД. При таком способе ушивания ран с захватом апоневротического и перитонеального слоёв герметизация раны подтверждается визуально, что профилактирует развитие послеоперационной грыжи. Выводы. Патологические и технические аспекты изучаемого вопроса свидетельствуют о необходимости ушивания лапароскопических доступов диаметром от 10 мм специальными устройствами, которые снижают травматизацию тканей и риски раневых осложнений.

162. Лапароскопическая холецистэктомия и рандеву-папиллотомия у больных холецистохолангиолитиазом

Мерсаидова К.И. (1, 3), Прудков М.И. (2,3),
Багин В.А. (1, 4), Нишневич Е.В. (1,4),
Осипова А.В. (1), Чочиев Д.Т. (1),
Шерстобитов Г.Н. (1), Тихонова Т.П. (1)

Екатеринбург

- 1) ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40»
- 2) ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
- 3) ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина»
- 4) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Мин

Актуальность: Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с выполнением периоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) остается стандартным

способом ведения пациентов с холецистохолангиолитиазом (ХХЛ). Лапаро-эндоскопическое рандеву (ЛЭРВ) – это комбинированная операция, сочетающая в себе ЛХЭ и одновременное выполнение транспапиллярного вмешательства с удалением конкрементов из общего желчного протока (ОЖП). Цель исследования: Целью исследования является оценка безопасности методики и эффективности выполнения ЛЭРВ у пациентов с ХХЛ без использования рентгенологического комплекса. Материал и методы: В исследование включено 170 пациентов с ХХЛ, успешно прооперированных с 2017 по 2024 гг по методике ЛЭРВ, в том числе 126 (74,1%) женщин и 44 (25,9%) мужчин. У 119 (70%) пациентов лапароэндоскопическое вмешательство при ХХЛ выполнено по неотложным показаниям, у 51 (30%) пациента – в плановом порядке. Описательный статистический анализ выполняли при помощи программы EZR on R commander (R version 4.3.1, EZR version 1.64). Категориальные данные представлены в виде количества и доли в процентах (%). Непрерывные переменные представлены в виде Me(IQR), где Me – медиана, IQR – межквартильный интервал. Средний возраст Me(IQR) пациентов составил 58 (44;67) лет. Средняя продолжительность госпитализации Me(IQR) – 6 (5;7) дней, как у плановых, так и у неотложных пациентов. В послеоперационном периоде на основании клинко-лабораторных и инструментальных исследований проводилась оценка частоты осложнений, связанных с ЭПСТ, таких как кровотечение из зоны ЭПСТ, острый постманипуляционный панкреатит, холангит, ретроуоденальная перфорация. Результаты: Среди 170 пациентов, прооперированных по методике лапаро-эндоскопического рандеву за период с 2017 по 2024 гг., послеоперационные осложнения, связанные с эндоскопической папиллосфинктеротомией, диагностированы у 8 пациентов (4,7%). У 6 пациентов (3,5%) в послеоперационном периоде выявлено кровотечение из зоны ЭПСТ, потребовавшее эндоскопического гемостаза. У 2 пациентов (1,2%) в послеоперационном периоде развился острый постманипуляционный панкреатит легкой степени тяжести. Летальных случаев не отмечено. Средняя длительность первичного вмешательства составила 105 (80;125) мин. У 129 пациентов (76%) успешная санация желчных протоков выполнена с первого этапа. Повторные транспапиллярные вмешательства потребовались у 41 пациента (24%), однако, только у 20 пациентов (11,7%) выявлен резидуальный холедохолитиаз. Заключение: Лапароскопическая холецистэктомия и одномоментная рандеву-папиллотомия по модифицированной методике является безопасным и эффективным оперативным вмешательством и может быть рассмотрено как один из методов лечения пациентов с холецистохолангиолитиазом.

163. Эндоскопическая экстраперитонеальная (еТЕР) и интраперитонеальная (IPOM) пластика при первичных вентральных грыжах. Первые результаты проспективного рандомизированного контролируемого исследования.

*Панкратов А.А. (1,2), Куликов И.И. (2),
Матков И.В. (2), Мамонов Д.А. (1,2),
Сафронов Д.А. (1), Плюснин Б.И. (1),
Армашов В.П. (3), Авясов Д.И. (1,2),
Путулян А.А. (3)*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России, кафедра факультетской
хирургии №2
- 2) ГБУЗ «ГКБ им В.П. Демикова ДЗМ» г. Москвы
- 3) МКНЦ имени А.С. Логина

Актуальность. Выбор методики оперативного лечения вентральных грыж вызывает много споров среди хирургов. Предписываемые интраперитонеальной пластике осложнения в виде хронического болевого синдрома (1-15,8%) и острой кишечной непроходимости на фоне спаечного процесса (7,36%) побудило хирургов к поиску альтернативных способов герниопластики. Следующим шагом в эволюции эндоскопической герниопластики явилось применение экстраперитонеальной пластики, суть которой сводится к установке сетчатого эндопротеза в ретромускулярное пространство без травматической фиксации последнего. Цель исследования. Выбор оптимального способа пластики первичных вентральных грыж путем сравнения результатов применения экстра- и интраперитонеальной эндоскопической пластики. Материал и методы. Дизайн: проспективное рандомизированное контролируемое исследование. Метод рандомизации: простая. Начало исследования: сентябрь 2023 года. Критерии включения: первичные вентральные грыжи с размером грыжевых ворот от 1 до 8 см, те же грыжи в сочетании с диастазом прямых мышц живота шириной более 2 см. Критерии сравнения: продолжительность операции, частота интра- и послеоперационных осложнений, процент рецидивов, выраженность болевого синдрома. Критерии исключения: ущемленные грыжи, послеоперационные грыжи, размеры грыжевого дефекта более 8 см, другие типы герниопластики. Результаты оцениваются в процессе анализа амбулаторной базы данных, телефонного обзвона, вызова на контрольное обследование: осмотр, УЗИ через 7, 30, 180 дней после операции. Для оценки болевого синдрома используется опросник (EuraHS-QoI). На данный момент по протоколу исследования проведены 25 пациентов, оперированных в плановом порядке в ГКБ им В.П. Демикова и МКНЦ им. А.С. Логина. Средний возраст составил 58 лет, из которых 9 (36%) женщин и 16 (64%) мужчин. У 10 пациентов выполнена IPOM, у 15 - еТЕР. У всех пациентов были пупочные грыжи: MS – 3 (12%), MM – 17 (68%), ML –

5 (20%) в соответствии с EHS. В 12 (48%) случаях пупочная грыжа сочеталась с диастазом. При IPOM использовался сетчатый имплант «Reperen», размеры которого подбирались в соответствии с принципом перекрытия грыжевых ворот на 5 см. Для фиксации протеза использовался герниостеплер «ProTack» с не рассасывающимися спиралевидными скрепками. При еТЕР - полипропиленовый сетчатый имплант «PROLENE». Размер последнего подбирался путем измерения сформированного ретромускулярного пространства без фиксации импланта. Результаты: среднее время операции составило 67,5 минут (IPOM) и 180 минут (еТЕР). Интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде в группе еТЕР обнаружен 1 случай миграции кишки из брюшной полости в ретромускулярное пространство через ранее ушитый дефект брюшины в результате несостоятельности швов, что вызвало острую обтурационную кишечную непроходимость на седьмые сутки после операции. Выполнена повторная открытая операция с благоприятным исходом. В группе IPOM выявлен 1 случай гематомы, потребовавшей пункции под контролем УЗИ. Отмечено 2 серомы в группе IPOM и 1 – в группе еТЕР. Все серомы самостоятельно регрессировали. Лигатурный свищ выявлен у 1 больного через 3 месяца после еТЕР. Местное лечение раны с положительным эффектом. Зафиксирован 1 рецидив в группе еТЕР. Больному рекомендовано повторное плановое оперативное лечение. Случаев хронического болевого синдрома не выявлено. Среднее значение болевого синдрома при движениях и изменении положения тела по опроснику (EuraHS-QoI) в группе IPOM составляет 46 на первые сутки после операции, и 56 – при еТЕР. Все пациенты получали симптоматическое введение НПВС на первые сутки после операции без необходимости в наркотических анальгетиках. Летальных исходов не отмечено. Выводы: Полученные первые результаты не демонстрируют преимущества одного из способов в отношении образования жидкостных скоплений и интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Также пока не находят подтверждения, часто ассоциируемые с методикой IPOM, риски возникновения спаечной кишечной непроходимости и хронического болевого синдрома.

164. Провальная фундопликация как причина рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

*Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2),
Луцевич О.Э. (3), Переходов С.Н. (3),
Галлямов Э.А. (2), Сницарь А.В. (1),
Овчинникова У.Р. (2), Нуржауов Н.М. (1).*

г. Москва

1-Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Городская клиническая больница №24
Департамента здравоохранения г. Москвы»
2-ФГАОУ ВО «Первый московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Министерства
здравоохранения Ро

Введение. На протяжении длительного времени в качестве основной причины развития рецидивов рассматривалось прогрессирование основного заболевания (в частности, ввиду описанных выше причин). Однако на сегодняшний день результаты многочисленных сравнительных исследований демонстрируют, что в ряде случаев развитие клинического и рентгенологического рецидива заболевания обусловлено именно несоблюдением технических аспектов первичного антирефлюксного вмешательства. Цель работы: оценка причин рецидива ГПОД и ГЭРБ у группы пациентов, определение ключевых аспектов, приводящих к рецидиву, а также введение термина «провальная фундопликация». Материалы и методы. Коллективом авторов в период с 2016 по 2024 год выполнено 108 ревизионных лапароскопических вмешательств по поводу рецидива ГЭРБ и ГПОД. У 56 (51,85 %) интраоперационно выявлены технические ошибки первичного антирефлюксного вмешательства. По данным медицинской документации у 30 (53,57 %) пациентов вариантом выбора первичного антирефлюксного вмешательства являлась лапароскопическая фундопликация по Ниссену, у 12 (21,43 %) - лапароскопическая фундопликация по Тупе, у 3 (5,36 %) лапароскопическая гастропликация по А.Ф. Черноусову, у 4 (7,14 %) лапароскопическая фундопликация по Ниссену-Роззети, у 2 (3,57 %) лапароскопическая фундопликация по Дору, у 5 (8,93 %) - открытая фундопликация. Результаты. У всех 56 (100 %) пациентов выявлены технические ошибки первичного вмешательства, при этом у всех пациентов выявлено 2 и более ошибки. У 22 (39,29 %) пациентов выявлено отсутствие выделения абдоминального отдела пищевода, отсутствие крурорафии выявлено у 14 (25 %) пациентов, отсутствие антирефлюксного механизма выявлено у 6 (10,71 %) пациентов, сдавление пищевода сетчатым имплантатом или фундопликационной манжетой выявлено у 9 (16,07 %) пациентов, наличие «старого» грыжевого мешка выявлено 12 (21,43 %) пациентов, отсутствие фиксации фундопликационной манжетки к пищеводу

выявлено у 8 (14,29 %) пациентов, ранение п. Vagus выявлено у 3 (5,36 %) пациентов, технически неверно сформированная фундопликационная манжетка выявлено у 21 (37,50 %) пациентов. Так же стоит отметить несостыковку в данных первичной медицинской документации и реальной операционной картины. У 24 из 30 пациентов, которым документально была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену, интраоперационно выявлено, что фундопликация была выполнена по Ниссену-Роззети; 3 из 3 пациентов, которым документально была выполнена лапароскопическая гастропликация по А.Ф. Черноусову, интраоперационно выявлено, что была выполнена фундопликация по типу Дора; у 53 пациентов по данным операционного протокола выполнена задняя или комбинированная крурорафия, при этом 14 пациентов данные за крурорафию отсутствовали; у 3 пациентов по данным операционного протокола выполнена установка полипропиленовой сетки на ножки пищеводного отверстия диафрагмы, при этом ещё у 4 пациентов интраоперационно был выявлен сетчатый имплант, без его упоминания в протоколе операции первичного антирефлюксного вмешательства. Заключение. Выполнение предложенных технических ошибок являются предикторами запрограммированного рецидива ГПОД и ГЭРБ. Интраоперационная идентификация данных ошибок говорит о том, что первичное антирефлюксное вмешательство была «провальной».

165. Монопортовая холецистэктомия - современный взгляд на лечение желчнокаменной болезни. Ретроспективный анализ результатов применения оперативной техники

*Ерин С.А. (1), Сницарь А.В. (1),
Гололобов Г.Ю. (1,2), Овчинникова У.Р. (2)*

г. Москва

1- Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Городская клиническая больница №24
Департамента здравоохранения г. Москвы»
2- ФГАОУ ВО «Первый московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Министерства
здравоохранения

Введение. На сегодняшний день широкая эпидемиология желчнокаменной болезни делает несомненно актуальным вопрос о наиболее рациональном подходе к хирургическому лечению заболеваний желчного пузыря. Несмотря на то, что лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом» в лечении ЖКБ, эволюция

в области хирургии идет по пути снижения инвазивности вмешательства. Современные специалисты интегрируют в свою клиническую практику операции, осуществляемые из монопортового доступа, что обеспечивает высокую эффективность лечения и комфорт пациента в периоде реабилитации. Целью данного исследования представляется улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ЖКБ и обоснование клинической результативности операций из единого доступа. Материалы и методы. Группой авторов проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов, оперированных в период 2023-2024 гг. на базах исследования: ГБУЗ «ГКБ №71 им. М. Е. Жадкевича» ДЗМ и ГБУЗ «ГКБ №24» ДЗМ. 87-ми пациентам была выполнена монопортовая холецистэктомия. Нежелательных явлений, связанных с медицинским вмешательством, не зафиксировано. Для реализации поставленной цели оценивались такие интраоперационные показатели, как продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, частота возникновения осложнений, послуживших причиной конверсии доступа в SILS+, количество летальных исходов. Для оценки результатов хирургического лечения ЖКБ в послеоперационном периоде оценивались такие аспекты, как интенсивность болевого синдрома, средняя продолжительность стационарного лечения и вероятность возникновения хирургических осложнений по классификации Clavien-Dindo. Также анализировались отдаленные результаты оперативного лечения спустя 1 месяц при помощи опросника Gallstone Impact Checklist (GIC). Кроме этого, в исследовании подробно описана оперативная техника и особенности применения коаксиально изогнутого инструментария в ходе монопортовых операций. На основе проведенного анализа, можно утверждать о безопасности и эффективности хирургии желчного пузыря из единого доступа. Результаты. Всем участникам исследования (87 пациентов, 100%) была выполнена монопортовая лапароскопическая холецистэктомия. Медиана интраоперационной кровопотери составила 20 мл. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 55 минут. Интраоперационных осложнений, послуживших причиной конверсии доступа на SILS+ или лапаротомный, отмечено не было. Летальных исходов, связанных с оперативным вмешательством, не зафиксировано. Следует отметить, что ввиду отсутствия хирургических осложнений согласно шкале Clavien-Dindo в раннем послеоперационном периоде, а также быстрого купирования болевого синдрома, средние сроки стационарного лечения составили 2 суток для всех участников исследования. Интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде по ВАШ со шкалой лиц Вонга-Бэкера составила $5,2 \pm 0,4$ в первые 12 часов, $4,2 \pm 0,3$ - 24 часа, $3,0 \pm 0,2$ - 36 часов. Для оценки качества жизни в послеоперационном периоде через 1 месяц после хирургического лечения был использован опросник Gallstone Impact Checklist (GIC), включающая в себя 4 клинических цифровых шкалы – шкалы боли, диспепсии, эмоций, питания для оценки качества жизни пациентов. Общий счёт составил $80,3 \pm 7,9$, что

свидетельствует о высоком качестве жизни. Заключение. Результаты настоящего исследования и данные мировой литературы демонстрируют клиническую эффективность, функциональность и воспроизводимость SILS-операций и опровергают опасения хирургов, связанные с изменением параметров доступа. Ввиду высокого потенциала SILS вскоре может стать «стандартом» в хирургическом лечении заболеваний органов брюшной полости.

166. Лечение запущенных форм ахалазии кардии. Причины запущенных форм заболевания

Ерин С.А. (1), Сницарь А.В. (1),
Гололобов Г.Ю. (1,2), Овчинникова У.Р. (2),
Нуржауов Н.М. (1).

г. Москва

1- Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Городская клиническая больница №24
Департамента здравоохранения г. Москвы»
2- ФГАОУ ВО «Первый московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Министерства
здравоохранения

Введение. Ахалазия кардии представляет собой прогрессирующее заболевание пищевода, характеризующееся повышением давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) с нарушением его координированной рефлекторной релаксации во время акта глотания и последующим нарушением нормальной перистальтической активности. Ахалазия кардии в равной степени встречается у мужчин и женщин с частотой заболеваемости 1 на 100 000 человек в год и распространенностью 10 на 100 000 населения. Исследования последних лет в эру манометрии высокого разрешения показывают тенденцию к увеличению данных показателей в 2-3 раза. Пик заболеваемости приходится на диапазон возраста от 30 до 60 лет. Целью данной работы является анализ результатов лечения пациентов с ахалазией кардии запущенных форм (3-4 стадия), посредством выполнения лапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллеру с передней фундопликацией по Дору и задней парциальной фундопликацией, дополненной выполнением гидропрепаровки тканей пищевода. Также оценка анамнеза заболевания, для выявления причин запущенных форм заболевания. Материалы и методы. В настоящее проспективное включены 32 пациентов с диагнозом «ахалазия кардии» 3 или 4 стадии по Б.В. Петровскому, находившихся на лечении 2023-2024 гг. на базах клинического исследования. Средний возраст пациентов составил 45,68 лет,

средний ИМТ составил 22,68 кг/м², средний индекс ASA (American Society of Anesthesiologists) составил 2,47. Для определения стадии заболевания использовался стандартный метод – рентгенографическое исследование пищевода с контрастированием. Среднее значение по стадии составило 3,78. Объективизация клинического статуса пациентов была проведена с помощью специализированных опросников и шкал, в т.ч. Eckardt Score и GERD-Q (Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire). Предоперационные значения по Eckardt составили в среднем 10,13. При оценке анамнеза фиксировали такие показания как: дата начала заболевания, обследования до постановки диагноза, лечение до постановки диагноза, дата постановки диагноза, обследование после постановки диагноза, лечение (не оперативное) после постановки диагноза. Результаты. Интраоперационные параметры: среднее время операции составило 127,27 мин., кровопотеря - 50,41 мл., койко-день – 4,09 к/д. Интраоперационное осложнение выявлено у 1 (3%) пациента - ранение медиастинальной плевры, которое было купировано интраоперационно. Послеоперационных осложнений Clavien-Dindo>IIIb не отмечалось. На контрольном осмотре признаков дисфагии не было выявлено. Послеоперационная рентгеноскопия пищевода с контрастированием была выполнена 100% пациентам: на всех снимках полная проходимость на всём протяжении пищевода. Средний балл по Eckardt после выписки составил 1,9, при опросе через 3 месяца: 0,98. Средний балл анкетирования GERD-Q после выписки - 1,82, что свидетельствует о достаточно эффективном антирефлюксном механизме. При оценке анамнеза выяснено следующее. Средний срок продолжительности заболевания составил 6,7 лет; ни одному пациенту для диагностики не была проведена манометрия, обследования ограничивались эзофагогастроскопией (ЭГДС) на ранних стадиях, рентгеноскопия пищевода и желудка с водорастворимым контрастом выполнялась у 6 (19%) пациентов. По данным рентгеноскопии, у 5 (16%) верифицирован диагноз ахалазия кардии, однако пациенту не предлагали хирургическое лечение. У 27 (84%) пациентов диагноз не был верифицирован на ранних стадиях заболевания, данные пациенты преимущественно проходили лечения у врача психотерапевта и врача гастроэнтеролога. У 19 пациентов (59%), по данным рентгеноскопии и ЭГДС, диагноз верифицирован через 4-8 лет, 8 (25%) пациентов на основании изучения литературы сами себе установили данный диагноз, который затем был подтверждён. Заключение. Авторская методика является эффективной и безопасной для лечения пациентов с ахалазией кардии. Недостаточная осведомленность медицинских работников о данном заболевании и поздняя диагностика приводит к запущенным стадиям данного заболевания.

167. Многоэтапное симуляционное обучение как основа повышения качества лапароскопической хирургии при остром аппендиците: опыт Ярославской области

Потапов М.П., Климов П.А., Желваков А.А.

Ярославль

ФГБОУ ВО ЯГМУ

Актуальность. Несмотря на то, что с момента разработки и внедрения в практическую медицину лапароскопических методик операций на органах брюшной полости в нашей стране прошло более тридцати лет, до сих пор существует ряд препятствий и нерешённых проблем при внедрении данного метода в ургентную абдоминальную хирургию. Это обусловлено рядом причин: 1. Обучение хирургов в экстренных условиях в условиях реальных клинических ситуаций занимает много времени. 2. Максимальный риск для пациента в условиях ургентной хирургии. 3. Ограничения при планировании образовательного процесса из-за непредсказуемости количества и характера предстоящих оперативных вмешательств, а также времени их проведения. В связи с вышеуказанными особенностями, для освоения все больше используются симуляционные технологии, которые предоставляют уникальные возможности для отработки практических навыков без риска для пациентов, что особенно важно в ургентной хирургии. Цель: Оценить влияние применения симуляционных технологий в подготовке хирургов на качество оказания хирургической помощи при ургентной патологии органов брюшной полости в Ярославской области. Материалы и методы: Анализ эффективности внедрения симуляционных технологий проводилось на базе Мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра ЯГМУ, в рамках проведения поэтапного обучения навыкам лапароскопической хирургии на циклах повышения квалификации: «Базовые навыки в лапароскопической хирургии», «Шов в эндохирургии» и «Лапароскопическая аппендэктомия», в системе непрерывного медицинского образования, каждый цикл по отдельности составил 36 академических часов. Циклы проводились для специалистов, имеющих сертификат по специальностям: «Хирургия», «Акушерство и гинекология» и «Детская хирургия». В процессе резюмирования после каждого проведенного цикла за четырехгодичный период года нами проводилось исследование степени влияния полученных навыков у ранее не обученных курсантов на их успешность внедрения методики в практическую деятельность методом анкетирования через полгода после пройденных трёх циклов. Результаты: По итогу работы было выявлено значимое повышение уровня навыков благодаря внедрению симуляционного обучения. Из всего количества анкетированных курсантов (34 человек) 95 % стали активно применять лапароскопический метод в своей практике, при этом в исследовании участвовали только те курсанты, которые до обучения не владели данным методом. Также, среди уже владе-

ших навыками лапароскопической хирургии до обучения курсантов, отмечено существенное снижение времени проведения оперативных вмешательств при ургентной патологии органов брюшной полости на 25% ($p < 0.05$). Количество интраоперационных осложнений снизилось на 30% ($p < 0.05$), послеоперационных – на 20% ($p < 0.05$). Общая летальность уменьшилась с 5% до 3%. Выводы: Внедрение симуляционных технологий в систему подготовки хирургов в Ярославской области привело к значимому улучшению качества оказания хирургической помощи при ургентной патологии органов брюшной полости. Рекомендуется расширение использования симуляционного обучения для повышения квалификации медицинских кадров и улучшения исходов лечения пациентов.

168. Применение эндоультрасонографии при патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей синдромом механической желтухи. 15 лет опыта

Филипцов А.В., Филипцова Л.А., Турыгина С.И., Жуков А.А., Куркин А.В.

Воронеж

БУЗ ВО Воронежская ОКБ №1

Актуальность: Желчнокаменная болезнь встречается почти у четверти больных хирургического профиля, из них у 25% - осложненные формы заболевания, а эндоультрасонография является на сегодняшний день самым чувствительным методом дооперационной диагностики при обследовании пациентов с заболеваниями панкреатобилиарной зоны. Цель работы – Оптимизировать лечебно-диагностические алгоритмы при заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Материалы и методы. В ВОКБ № 1 уже 15 лет применением эндоультрасонографию, используем два типа эхоэндооскопов – с радиальным и с линейным датчиком. Было выполнено 4423 эндоультрасонографических исследований и вмешательств. В основном эндоультрасонографию применяли у больных с признаками протоковых осложнений и очаговых образований поджелудочной железы. Результаты. В 817 случаях был выявлен паренхиматозный панкреатит, еще в 194 - выявлены воспалительные очаги инфильтрации и кальцинаты в ткани железы, не требовавшие хирургического вмешательства, эти больные получили курс консервативной терапии. Произведено 235 исследований при кистах поджелудочной железы, установлены размеры и локализация, соотношение с протоковой системой, выбран оптимальный метод лечения, отобраны больные для трансгастрального и трансдуоденального дренирования под контролем эндоультрасонографии - произведено 19 вмешательств, от лечебно-диагностической пункции, до

создания стенового соустья кисты с просветом желудка или ДПК. Сolidные новообразования поджелудочной железы, начиная с размера 3 мм, выявлены в 307 случаях, кистозные опухоли в 94, определяли размеры опухоли, инвазию в окружающие органы, в магистральные сосуды и наличие поражения регионарных лимфоузлов 1 порядка, осуществляя отбор пациентов для оперативного лечения. По результатам операционного материала точность метода превысила 90%. Опухолевые стриктуры холедоха и БДС были диагностированы в 294 случаях, в 281 случае - стриктуры рубцово-воспалительного генеза, в зависимости от протяженности сужения и выраженности гипертензии, лечение было хирургическим - ЭПСТ, в том числе со стентированием и биопсией, при наличии показаний. Всем больным с осложненной желчнокаменной болезнью производили эндоультрасонографию, оценивая диаметр холедоха, протяженность стриктуры дистального отдела, размер, количество конкрементов. Холедохолитиаз был выявлен у 546 пациентов, 461 из них была произведена эндоультраскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией в сочетании с лапароскопической холецистэктомией. В 33 случаях при выявлении микролитов в протоковой системе, размерами менее 2 мм, и узком холедохе этап ЭПСТ избегали, производили лапароскопическую холецистэктомию с дренированием протока по Холстеду, интраоперационный и послеоперационный лаваж гепатикохоледоха. Всем этим пациентам папиллотомия не потребовалась. Еще 42 пациентам, с холедохом 20 мм и более, была выполнена холецистэктомия с литоэкстракцией и наложением билиодигестивных анастомозов. В 728 случаях у больных с эпизодами желтухи и другими признаками осложненной ЖКБ в анамнезе, протоковой патологии не было выявлено, что позволило избежать вмешательств на большом дуоденальном соске. Зарегистрировано 4 осложнения: перфорация парафатерального дивертикула ДПК, ОНМК по ишемическому типу, острый панкреатит после пункции кисты, кровотечение из стенки желудка при дренировании псевдокисты поджелудочной железы. Летальных исходов не было. Выводы и рекомендации. Эндоультрасонография позволяет оптимально маршрутизировать пациентов и выбрать тактику лечения при заболеваниях панкреатобилиарной зоны. При холедохолитиазе точность эндоультрасонографии превосходит РХПГ и МРТ. Активное применение метода позволило полностью отказаться от диагностических ЭРХПГ при холедохолитиазе и заболеваниях большого дуоденального соска, оставить в арсенале только лечебно-диагностические и лечебные вмешательства, снизив количество осложнений, связанных с канюляцией большого дуоденального соска. Рекомендуем применять эндоультрасонографию всем пациентам с синдромом механической желтухи.

169. Первый опыт лапароэндоскопических операций «Рандеву»

*Мандриков В.В., Луковсков М.Ю., Китаева А.В.,
Михин Е.С., Лопушков А.В., Арутюнов Г.Г.,
Горбунов Д.Е., Воронцов О., Михин И.В.*

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. При таких вариантах сложного холецистохоледохолитиаза (СХХЛ), таких как крупные и множественные конкременты, их «неправильная» форма и локализация, нарушение анатомии билиодуоденальной зоны (парафатериальные дивертикулы, состояния после операций на желчных путях) эффективным вариантом хирургического лечения СХХЛ является лапароэндоскопическая операция «Рандеву»: лапароскопическая холедохотомия с низведением эндоскопических щипцов в двенадцатиперстную кишку, захватом и транслокацией эндоскопического проводника в просвет холедоха для безопасной сфинктеротомии, баллонной дилатации БДС, ликвидации билиарной гипертензии, выполнения литотрипсии, литоэкстракции. Для желчной декомпрессии и дальнейшего контроля эффективности проведенной литоэкстракции показан один из вариантов декомпрессии желчных протоков (назобилиарное дренирование, дренаж культи пузырного протока по Холстеду-Пиковскому, Т-дренаж Кера) или их комбинация. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии ВолгГМУ с целью лапароэндоскопического лечения сложного холецистохоледохолитиаза было госпитализировано 7 пациентов: у 3 – верифицирован парафатериальный дивертикул больших размеров, у 2 – папилосфинктеростеноз, у 2 – крупные конкременты. После подготовки пациентов выполнена лапароэндоскопическая операция «Рандеву». Оперативные вмешательства были завершены назобилиарным дренированием во всех 7 случаях, помимо этого в 4 случаях выполнено Т-дренирование холедоха, в 3 – наложен первичный шов холедоха. Полученные результаты. Осложнения верифицированы после 4 манипуляций: 2 – острый панкреатит, 1 – миграция назобилиарного дренажа, которые разрешились на фоне консервативной терапии и переустановки назобилиарного дренажа, 1 случай – на вторые сутки послеоперационного периода кровотечение из зоны ЭПСТ, выполнена лапаротомия, папилосфинктеропластика с дальнейшим развитием тяжёлого постманипуляционного панкреонекроза и дуоденального свища. Летальных исходов не было. Обсуждение. При СХХЛ эндоскопическая папилосфинктеротомия и литоэкстракция далеко не всегда выполнимы из-за размеров конкрементов и значительных патологических изменений билиодуоденальной зоны. Эти процедуры также сопряжены с большим количеством интра- и послеоперационных осложнений. Лапароэндоскопическая операция «Рандеву» может стать операцией выбора и привести к улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения СХХЛ. Для статистически значимого

подтверждения этого тезиса требуются дальнейшие рандомизированные проспективные исследования. Вывод. Хирургическое лечение с применением лапароэндоскопической операции «Рандеву» является методом выбора для пациентов с сложным холецистохоледохолитиазом.

170. Прогноз сложности холецистэктомии и риска холангиолитиаза

Байчоров Э.Х. (1), Натрошвили И.Г. (2)

Ставрополь, 2) Кисловодск

СтГМУ

Холецистэктомия — одно из самых распространённых хирургических вмешательств, которое может оказаться сложным, а иногда и невыполнимым, и нести значительные риски тяжелых, нередко инвалидизирующих осложнений. Не все стационары обладают кадрами и необходимым оборудованием для проведения так называемых «трудных» холецистэктомий. В связи с этим возник вопрос о возможности прогнозирования сложности операции с целью выполнения предполагаемых трудных вмешательств в учреждениях, обладающих необходимыми ресурсами. Предложено множество шкал и классификаций сложности холецистэктомии, большинство из которых учитывают не только (и не столько) дооперационные данные, но и находки во время операции. По нашему мнению, крайне желательно определить вероятность трудной холецистэктомии на дооперационном этапе, что позволит подготовиться к сложностям во время вмешательства (наличие опытной операционной бригады, необходимого дополнительного оборудования и специалистов) или перевести пациента в стационар более высокого уровня. Едино

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ «35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

171. Рентгенэндоваскулярные вмешательства при лечении нарушения мезентериального кровообращения

*Ханевич М.Д. (1,2), Соловьёв И.А. (1,2),
Зеленин В.В. (1,2), Русева А.Д. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ
- 2) ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Число больных острой мезентериальной ишемией (ОМИ) неуклонно увеличивается. Среди всех экстренных хирургических больных, поступающих в крупные многопрофильные стационары, удельный вес пациентов с ОМИ за последние 10 лет увеличился с 0,9 до 1,5 %. Однако летальность среди этого контингента больных остаётся высокой, достигая 75 – 90 %. Возможность улучшить результаты лечения связаны с внедрением в процесс лечения рентгенэндоваскулярных методик. Материалы и методы. Рентгенэндоваскулярные вмешательства применены у 38 пациентов с клиникой ОМИ. У 22 пациентов уровень окклюзии верхней брыжеечной артерии располагался в первом сегменте, 16 – во втором, ниже отхождения средней ободочной артерии. У 17 больных вмешательство состояло в механической реканализации просвета артерии, экстракции тромботических масс и стентировании зоны окклюзии; у 9 – осуществлена баллонная ангиопластика и стентирование; у 4 – баллонная ангиопластика; у 3 – тромбэкстракция и ещё у 5 – реканализация просвета артерии. Результаты. Стойкий кровоток в бассейне верхней брыжеечной артерии с помощью рентгенэндоваскулярного вмешательства был достигнут у 28 (73,7%) больных. Повторная окклюзия возникла у 8 (21,1%) пациентов, ещё у 4 (10,5%) попытка реканализации просвета верхней брыжеечной артерии оказалась неэффективной. В конечном итоге 5 (13,2%) больным восстановление кровотока осуществлялось после конверсии из лапаротомного доступа. Умерло 6 (15,8%) больных. Заключение. При установлении окклюзии верхней брыжеечной артерии в зоне первого и второго сегментов верхней брыжеечной артерии эффективным методом восстановления кровотока следует считать рентгенэндоваскулярное вмешательство, которое следует стремиться выполнить всем пациентам с ОМИ.

172. Зависимость показателей интеграции и спайкообразования от структуры эндопротеза при герниопластике IPOM в эксперименте

*Армашов В.П., Белоусов А.М., Потапов П.А.,
Тимошенко Д.С., Куприянова А.С., Пугуля А.А.,
Камчибек уулу Б., Матвеев Н.Л.*

Москва, 2) Санкт-Петербург

- 1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пир

Актуальность. Герниопластика IPOM представляет собой современную и эффективную методику лечения вентральных грыж. Однако, вопрос висцеро-париетального спайкообразования и оптимальной интеграции протеза в ткани брюшной стенки еще далек от своего разрешения. Данное исследование направлено на оценку влияния структуры протеза на качество интеграции и степень выраженности спайкообразования в зоне его локализации. Материалы и методы. Эксперимент проведен на 4 свиньях женского пола. Выполнена интраперитонеальная установка 24 эндопротезов (по 6 у каждого животного). Использовали импланты из полиэфира с фторполимерным покрытием Фторэкс и из монофиламентного полиэстера с коллагеновым покрытием Symbotex. Фиксация осуществлялась либо герниостеплером SecureStrap, либо узловыми швами нитью с фторполимерным покрытием Фторэкс. Аутопсию проводили на 45-е сутки. Фиксировали площадь импланта, признаки перипротезного воспаления, деформации, ретракции. Определяли толщину комплекса «протез-ткань», среднюю разрывную нагрузку и сред

**173. Поздние осложнения колостом после
эндовидеохирургических обструктивных
резекций толстой кишки у онкологических
больных**

*Ханевич М.Д. (1,2), Коновалов С.В. (1),
Карпатский И.В. (1,2), Фридман М.Х. (3),
Скопина Д.Ю. (3)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ
- 2) ГБУЗ «Городская Мариинская больница»
- 3) ГБУЗ «Санкт-Петербургский городской
клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Широкое внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических вмешательств позволило с успехом использовать их в хирургии рака толстой кишки, в том числе при выполнении экстренных хирургических вмешательств по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости. Однако, отдалённые результаты, связанные с функционированием колостом изучены недостаточно. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 55 больных, у которых в позднем послеоперационном периоде возникли осложнения со стороны колостом: у 29 пациентов была диагностирована параколостомическая грыжа, у 10 – выпадение кишки через колостому, у 10 – сриктура колостомы, у 4 – хронический параколостомический абсцесс, у 2 – рецидив опухоли в области колостомы. Для устранения осложнений пациенты были подвергнуты хирургическим вмешательствам. При этом у 19 (34,6%) больных операции выполнялись по экстренным показаниям. Результаты. После выполнения обструктивных резекций у больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью с использованием эндовидеохирургической техники имеет место высокий риск поздних послеоперационных осложнений. Чаще всего через 3 – 6 месяцев возникали параколостомические грыжи, что в первую очередь связано с формированием широкого отверстия для выведения колостомы на переднюю брюшную стенку на месте удаления участка кишки, пораженного опухолью. Заключение. Выполнение эндовидеохирургических вмешательств на толстой кишке у онкологических больных с формированием колостомы в позднем послеоперационном периоде может иметь осложнения, которые требуют как плановых, так и экстренных хирургических вмешательств.

**174. Эндоваскулярные возможности
эффективного гемостаза при варикозном
пищеводно-желудочном кровотечении
портального генеза**

*Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В., Тадиева Е.В.,
Ашимов И.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» МИНздрава России

Введение. У больных с варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями, вызванными портальной гипертензией цирротического генеза, предпринимаемые меры медикаментозного и эндоскопического гемостаза нередко оказываются безуспешными. Полисиндромность проявлений цирроза еще более ухудшает прогноз. Достижению эффективной остановки кровотечения и надежной профилактике рецидива способствует своевременное применение шунтирующей операции TIPS, дополненной эмболизацией путей притока портальной крови к вариксам. Цель – оценить эффективность и проанализировать результаты трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования (операции TIPS) у пациентов с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением. Материал и методы. Проанализированы результаты порто-системного шунтирующего пособия (операции TIPS) у 62 больных, оперированных в период 2017-23 гг. и распределенных в две группы. Основную группу (n=32) составили 2 подгруппы. В первую («спасительный» TIPS/ТИПС, n=10) вошли пациенты, подвергшиеся вмешательству по неотложным показаниям в связи с варикозным кровотечением, продолжающемся несмотря на меры медикаментозного и эндоскопического гемостаза. Во вторую («упреждающий» TIPS, n=22) – больные с высоким риском раннего рецидива кровотечения до истечения 72 часов от достигнутого гемостаза. Контрольная группа (n=30) представлена пациентами, подвергшимися аналогичной шунтирующей процедуре по плановым показаниям. Достижимую портальную декомпрессию оценивали по динамике значений порто-системного градиента давления, который рассчитывали на ключевых этапах шунтирующего пособия. У всех больных шунтирующий этап дополняли эмболизацией путей гепатофугального притока портальной крови к пищеводно-желудочным вариксам. Расчет порто-системного градиента давления производили вычитанием из величин давления в воротной вене, измеренного прямой манометрией, значений давления в нижней полой вене. Результаты. Применением операции TIPS у пациентов как основной, так и контрольной групп достигнуто равнозначное снижение давления в системе воротной вены и порто-системного градиента до величин, характерных для здоровых лиц. Отмечено уменьшение давления в воротной вене с $33,8 \pm 2,7$ до $20,5 \pm 1,3$ мм рт.ст. в основной группе ($t=4,46$; $p<0,001$) и с $32,8 \pm 3,1$ до $20,1 \pm 1,6$ ($t=3,67$; $p<0,001$) в контрольной группе. Столь же существенным

образом снизился порто-системный градиент: в основной группе – с $26,2 \pm 2,7$ до $10,1 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($t=5,69$; $p<0,001$), в контрольной – с $24,8 \pm 2,7$ до $9,7 \pm 1,2$ ($t=5,1$; $p<0,001$). Портальная декомпрессия обеспечила хорошие условия для достижения гемостаза. Надежность остановки кровотечения усилено эндоваскулярной эмболизацией путей притока к вариксам, дополнившей шунтирующий этап. Достигнутая портальная декомпрессия позволила получить клинические результаты, не имеющие существенных отличий в группах, несмотря на тот факт, что в контрольной группе операцию выполняли в плановом порядке у подготовленного пациента, а в основной – на фоне явной угрозы жизни ввиду проблем, возникших при неудачном осуществлении гемостатических мероприятий. Заключение. Операция TIPS обеспечивает эффективную портальную декомпрессию, что весьма актуально при портальной гипертензии, осложненной варикозным кровотечением, и безуспешности мер медикаментозного и эндоскопического гемостаза. А также при высоком риске раннего рецидива варикозной геморрагии. Дополнение этапа шунтирования полноценной эмболизацией путей притока к пищеводно-желудочным вариксам обеспечивает надежный гемостаз. Клинические результаты (летальность и осложнения) сопоставимы с аналогичными при применении операции по плановым показаниям.

175. Усовершенствование возможностей лапароскопической технологии при ущемленных паховых грыжах

Раджабов Б.Э., Левин Л.А., Акимов В.П.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России

Актуальность. Паховые грыжи – широко распространенное заболевание, которое часто осложняется грыжевым ущемлением. Но к лапароскопическим вмешательствам в таких случаях прибегают пока нечасто. Материал и методы. Исследование представляет собой анализ 44 клинических наблюдений ущемленных паховых грыж у пациентов 24-94 лет ($58,2 \pm 19,3$ лет) в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга в период 2015-2022 г.г., у которых с целью диагностики и лечения использовалась эндовидеохирургическая технология. Полученные результаты. У 5 (11,4%) пациентов лапароскопия произведена с целью дифференциальной диагностики «острого живота», при этом ущемленная грыжа оказалась лапароскопической находкой. 6 (13,6%) пациентам лапароскопию выполнили в связи с самопроизволь-

ным вправлением грыжи до операции и длительностью ущемления свыше 2-х часов. В 33 (75%) наблюдениях оперативное вмешательство начали с лапароскопии при клинически очевидном ущемлении паховой грыжи. В 10 (26,3%) случаях из 38 наблюдений в процессе исследования в положении Тределенбурга на фоне миорелаксации и карбоксиперитонеума произошло спонтанное вправление ущемленного органа в брюшную полость. Среди остальных 28 пациентов попытки извлечь ущемленный орган из грыжевого мешка через ущемляющее кольцо с помощью эндохирургических зажимов и осторожного надавливания на грыжевое выпячивание снаружи удалось в 18 (64,3%) случаях. В одном из них произошла десерозация кишки вследствие чрезмерного усилия при подтягивании ее зажимом. У 10 пациентов попытки консервативного принудительного вправления грыжевого содержимого под лапароскопическим контролем оказались безуспешными. У 6 из них ущемление было устранено рассечением грыжевого ущемляющего кольца эндохирургическим герниотомом (патент на полезную модель №207308), у остальных 4 – традиционным открытым способом. Вправление ущемленных органов в брюшную полость позволяло лапароскопически оценить их жизнеспособность, после чего определялась дальнейшая лечебная тактика. В 20 (45,5%) наблюдениях операция была завершена лапароскопической герниопластикой. У 24 (54,5%) пациентов видеолaparоскопическое вмешательство ограничилось лапароскопической диагностикой, после чего грыжа была устранена открытым способом с пластикой местными тканями (16) или сетчатым протезом по Лихтенштейну (8). Причинами перехода к открытому хирургическому вмешательству стали: безуспешность попыток лапароскопического устранения грыжевого ущемления органов (4), некроз ущемленной кишки (4), тяжесть сопутствующей общесоматической патологии (2), а в большинстве случаев – 14 (58,3%) - отсутствие опыта лапароскопической герниопластики у дежурного хирурга. В ряде наблюдений по завершении этапа герниопластики производился повторный осмотр кишки, подвергшейся ущемлению. У трех пациентов повторный лапароскопический осмотр в конце операции не выявил позитивной динамики исходно имевшихся изменений, но релапароскопия через 8-10 часов устранила сомнения в жизнеспособности ущемлявшейся кишки, что оградило больных от ненужной травматичной операции резекции кишки. Обсуждение. Во всех наших наблюдениях лапароскопия безошибочно определила грыжевое ущемление в паховой области, в том числе следы перенесенного ущемления, локализацию грыжевых ворот, верифицировала подвергшиеся ущемлению органы. Вправление ущемленных органов под лапароскопическим контролем расширило диагностические возможности лапароскопии и позволило оценивать их жизнеспособность, состояние грыжевого мешка, размеры грыжевых ворот, не прибегая к открытым вмешательствам. Считаем допустимым принудительное вправление ущемленных паховых грыж в сроки до 8 часов с момента ущемления. Отсутствие некроза ущемленной

кишки позволяет выполнить лапароскопическую протезирующую герниопластику. При сомнении в жизнеспособности пострадавшего участка кишки целесообразно придерживаться органосберегающей тактики и выполнять релапароскопию через 10-12 часов. Широкое внедрение лапароскопической герниопластики при ущемленных паховых грыжах сдерживается отсутствием опыта таких операций в плановом порядке у большинства хирургов, оказывающих экстренную помощь. Выводы. Видеолапароскопия при ущемленных паховых грыжах является высокоинформативным методом диагностики. Вправление ущемленных грыж под лапароскопическим контролем расширяет ее диагностические возможности и способствует выбору оптимального способа завершения операции, в том числе служит «мостиком» к лапароскопической герниопластике.

176. ПЕРКУТАННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ЭХОКОНТРОЛИРУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Гулов М.К., Рузбойзода К.Р., Али-Заде С.Г.,
Носиров Э.Ш.*

Душанбе, Таджикистан

ГОУ «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»

Актуальность. Особая актуальность проблемы острого деструктивного панкреатита (ОДП) связана с неуклонным ростом заболеваемости и высокой летальностью. Несмотря на достижения в этой области в последние годы и детальное изучение патогенеза острого панкреатита, сохраняются дискуссии в отношении целесообразности перкутанно-дренирующие эхоконтролируемые, эндоскопических и традиционных хирургических вмешательств с учётом патоморфологических особенностей острого деструктивного панкреатита в каждом конкретном случае. Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого деструктивного панкреатита путём применения перкутанно-дренирующие эхоконтролируемые вмешательства. Материал и методы. В серии из 52 клинических наблюдений продемонстрирована эффективность перкутанно-дренирующих вмешательств под ультразвуковым контролем при лечении ОДП. Гендерное распределение пациентов характеризовалось преобладанием женщин – 31 (59,6%) над мужчинами – 21 (40,4%), возрастной диапазон варьировал от 28 до 71 года. Этиологический спектр патогенеза ОДП был представлен несколькими факторами: в структуре преобладала желчнокаменная болезнь – 24 (46,1%) случая, алкогольный генез констатирован у 16 (30,8%) пациентов. Осложнение транспиллярных эндоскопических манипуляций послужило причиной ОДП в 7 (13,5%) наблюдениях, а в 5 (9,6%) слу-

чаях заболевание развилось вследствие пенетрации дуоденальных язв в головку поджелудочной железы. Комплексное обследование пациентов с ОДП включало как лабораторные, так и инструментальные методы диагностики. Результаты. Верификация диагноза в 78% случаев базировалась на выявлении повышенных значений биохимических маркеров – амилазы, С-реактивного белка и прокальцитонина. Визуализационные методы, среди которых ключевую роль играли ультразвуковое исследование и компьютерная томография, обеспечили диагностическую эффективность в 89% наблюдений. Данные исследования позволили идентифицировать патоморфологические изменения поджелудочной железы: наличие экссудативных скоплений, отечность паренхимы, очаги деструкции, а также изменения конфигурации и линейных размеров органа. У 34 пациентов с жидкостными скоплениями брюшной полости и забрюшинного пространства без секвестров применяли пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем с использованием местной анестезии. Терапевтический подход к ОДП, осложненному секвестрацией, потребовал внедрения инновационной методики минидоступа с интраоперационной УЗ-навигацией, которая была успешно реализована в 18 (34,6%) наблюдениях. Основное преимущество данного метода заключалось в возможности симультанной эвакуации как жидкостного компонента, так и тканевого детрита. Клиническая эффективность разработанной техники обусловлена оптимальным дренированием парапанкреатической области и забрюшинной клетчатки, что существенно сократило необходимость в повторных операциях и частоту раневых осложнений. Внедрение пункционно-дренирующих вмешательств и операций из мини-доступа под ультразвуковым мониторингом привело к значительному снижению показателя летальности с 25% до 6,8%, что демонстрирует их высокую клиническую эффективность. Заключение. Использование этапных малоинвазивных техник с ультразвуковой навигацией существенно оптимизирует результаты лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом, сокращая риски неблагоприятных исходов и повышая эффективность лечебных мероприятий.

**177. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Гулов М.К., Рузбойзода К.Р., Али-Заде С.Г.,
Носиров Э.Ш.*

Душанбе, Таджикистан

ГОУ «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»

Актуальность. За последние годы наблюдается стабильное увеличение частоты встречаемости острого деструктивного панкреатита (ОДП). Согласно исследованиям, в настоящее время острый панкреатит выдвинулся на передний план среди всех острых хирургических заболеваний абдоминальной полости, обойдя такие распространенные патологии, как острый аппендицит и острый холецистит. В ходе исследования острого панкреатита методы лечения этого заболевания постоянно эволюционировали. Важность совершенствования методов оперативного лечения ОДП, включая использование новейших технологий и разработку индивидуализированных подходов, неоспорима и является актуальной задачей. Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита. Материал и методы. Проанализирован опыт ведения 126 пациентов с ОДП. Этиология острого панкреатита варьировала: билиарный генез при желчнокаменной болезни отмечен в 92 (73,0%) наблюдениях, алкогольное происхождение – в 25 (19,8%), пенетрация дуоденальной язвы в головку поджелудочной железы – в 4 (3,2%), травматический механизм – в 5 (4,0%) случаях. Диагностический комплекс включал клиничко-лабораторные исследования с определением СРБ, ИЛ-6, а также инструментальные методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) и лапароскопию. Результаты. Паралитическая форма зарегистрирована у 11 (9%) больных и характеризовалась стойкими нарушениями моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, резистентными к медикаментозной терапии (метеоризм, угнетение перистальтики). У 12 (10%) пациентов диагностирована перитонитоподобная форма с клинической картиной, имитирующей острый послеоперационный перитонит (диффузная болезненность, мышечное напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга). Желтушная форма выявлена в 10 (8%) наблюдениях и проявлялась иктеричностью кожи, слизистых оболочек в сочетании с гипербилирубинемией. В 8 (6,5%) случаях отмечена олиго-анурическая форма ОПП, при которой, несмотря на адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, наблюдалось снижение почасового диуреза до 20 мл/час и ниже. В серии из 24 наблюдений проведена оценка степени инфицирования экссудата брюшной полости и выраженности деструктивных процессов при ОПП путем определения биомаркеров в жидкостных скоплениях. Анализ концентрации малонового диальдегида (МДА) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) выявил их значительное повышение: МДА достигал $7,1 \pm 0,08$ мкмоль/л, а ИЛ-6 –

$184,7 \pm 8,4$ пг/мл. Полученные данные верифицировали наличие деструктивных изменений при ОПП, что подтверждает диагностическую ценность исследования этих маркеров в перитонеальном экссудате. Диагностическая видеолапароскопия проведена 17 пациентам с ОПП, причем в 8 наблюдениях процедура эволюционировала в лечебную манипуляцию, а в 9 случаях потребовалась конверсия на релапаротомию. Хирургическое лечение включало традиционную релапаротомию с санацией и дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства у 30 (25%) больных. Альтернативный подход в виде различных миниинвазивных вмешательств применен в 28 (23,5%) наблюдениях. После проведения традиционных открытых хирургических вмешательств осложнения зарегистрированы в 18 (15%) наблюдениях с летальным исходом в 12 (10%) случаях. При использовании миниинвазивных технологий частота осложнений снизилась до 9 (7,5%) случаев с летальностью 6 (5%). Заключение. Комплексный анализ результатов лечения пациентов с ОДП демонстрирует, что эффективная терапия данной тяжелой категории больных возможна только при условии своевременной ранней диагностики, позволяющей определить патогенетически обоснованную тактику лечения.

**178. Трансаксиллярная эндоскопическая
тиреоидэктомия в лечении узловых заболеваний
щитовидной железы**

*Глушков П.С., Азимов Р.Х., Шемятовский К.А.,
Карнеев Н.А., Левикин К.Е., Хусанов Ш.С.,
Горский В.А.*

Москва

Российский научный центр хирургии имени
академика Б.В. Петровского

Трансаксиллярная эндоскопическая тиреоидэктомия (ТАТЭ), разработанная в начале 2000-х годов, стала альтернативой традиционной открытой операции. Успешное выполнение ТАТЭ во многом зависит от тщательного отбора пациентов и достаточным опытом оперирующего хирурга. Выполнение этого доступа рекомендуется пациентам с доброкачественными узлами небольших размеров (до 4 см), ранними стадиями (T1-T2) дифференцированного рака щитовидной железы (ЩЖ), желанием пациента избежать шрамов на шее в эстетических целях. Противопоказания к выполнению ТАТЭ включают крупные опухоли (более 5 см) или местно-распространенный рак, предшествующие операции на шее, диффузный токсический зоб с увеличением ЩЖ более 80 куб. см. Мета-анализ и систематический обзор литературы показывает, что ТАТЭ при доброкачественных и злокачественных

новообразованиях ЩЖ являются безопасной альтернативой открытым вмешательствам. В РНЦХ им. ак. Б. В. Петровского за период с 2018 по 2024 было выполнено 233 ТАТЭ из них 67 операции по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВДРЩЖ). При проведении ТАТЭ необходимо соблюдать комплекс профилактических мероприятий, направленных на повышение безопасности оперативного вмешательства. Интраоперационную навигацию облегчает проведение обязательного УЗИ в день операции с разметкой анатомических ориентиров. Следует использовать следующие места установки троакаров: 10-мм троакар для оптики - по верхней границе подмышечной впадины, рабочие троакары - верхний 5-мм выше на 6-7 см по передней подмышечной линии, нижний - по срединно-ключичной линии на 6-7 см ниже границы подмышечной впадины. После создания начальной полости тупым методом, следует проводить инсуффляцию CO₂ под давлением 6-8 мм рт. ст. Такой режим инсуффляции не приводит к развитию гиперкапнии и подкожной эмфиземы. Доступ к боковой поверхности ЩЖ следует осуществлять в треугольнике, ограниченным снизу грудинно-ключично-сосцевидной мышцей, ее медиальным краем сверху, латеральным краем грудинно-подъязычной мышцы сверху и краниально - верхним брюшком подъязычно-лопаточной мышцы. Необходимо обязательное проведение интраоперационного нейромониторинга (ИОНМ) для документального подтверждения целостности возвратного гортанного нерва (ВГН) перед началом выделения каждой доли ЩЖ и после ее экстирпации. Использование ультразвуковых ножниц Harmonic или биполярного коагулятора Ligasure для обработки верхних и нижних щитовидных артерий позволяет осуществлять надежный гемостаз. Для безопасного использования данных инструментов расстояние до ВГН должно быть более 1 мм. Пассивная бранша ультразвуковых ножниц всегда должна быть обращена в сторону ВГН, что предотвращает риск его термического повреждения. Следует завершать эндоскопическую операцию обязательным дренированием раны через нижний троакарный доступ с последующей вакуумной аспирацией и наложением давящей повязки типа «Дезо» для уменьшения экссудации в зоне диссекции тканей над большой грудной мышцей. Выполнение ТАТЭ эффективно и безопасно не только у пациентов с доброкачественными образованиями, но и у больных с ВДРЩЖ с технической возможностью выполнения центральной лимфодиссекции. Полученные результаты эндоскопических операций у больных доброкачественными и злокачественными заболеваниями эндокринных органов шеи позволяют утверждать, что количество интра- и послеоперационных осложнений значимо не отличается от открытых вмешательств. Проведение ТАТЭ у пациентов с ДРЩЖ показало низкий процент рецидива заболевания (полный ответ на проведенное лечение получен у 86,5%), статистически не отличающийся от вероятности развития рецидива после открытой тиреоидэктомии. Сравнительная оценка анкетирования пациентов (комфорта фонации, комфорта глотания и качества

жизни после операций на шее) после эндоскопических и открытых операций не выявила достоверной разницы в показателях качества жизни. При этом существенным преимуществом ТАТЭ является хороший косметический эффект.

179. Опыт применения комбинированного метода «Рандеву» у больных с механической желтухой опухолевого генеза в условиях городской многопрофильной больницы

*Кан В.В. (1), Савин Д.В. (1,2), Соболев Ю.А. (1,2),
Лященко С.Н. (1).*

Оренбург

- 1) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»,
2) ОрГМУ

Актуальность. Развитием механической непроходимости желчных протоков сопровождается большая группа заболеваний билиарной системы и поджелудочной железы. При этом одной из основных проблем лечения механической желтухи остается совершенствование методов диагностики и выбор оперативного пособия для восстановления оттока желчи из печени. Общеизвестно, что оперативное вмешательство, выполненное при нарастающей механической желтухе, является чрезвычайно рискованным и сопровождается высокой летальностью. При этом послеоперационная летальность с неопухолевой желтухой составляет от 4,8 до 7,2%, а у больных со злокачественными новообразованиями этот показатель достигает 28–31%. На протяжении трех последних десятилетий хирургами ведется интенсивный поиск и совершенствование малоинвазивных декомпрессионных вмешательств, направленных на устранение обструкции желчных протоков. Результаты и методы. Нами проанализированы результаты лечения 76 пациентов, которым выполнена ЧЧХС под УЗИ- и рентгенконтролем по поводу механической желтухи, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в период с 2020 по 2024 гг. У 64 (84,3%) пациентов причиной механической желтухи явились злокачественные заболевания, у 12 (15,7%) – доброкачественные поражения вне- и внутрипеченочных желчных протоков, и поджелудочной железы. Из них 4 пациентам выполнено наружно-внутреннее дренирование по методике «Рандеву», ввиду невозможности выполнения эндоскопическое ретроградное транспапиллярное дренирование желчных протоков. Оперативное вмешательство выполнялось в 2 этапа. На первом этапе выполнялось чрескожное чреспеченочное наружное дренирование желчного протока. В каждом случае вопрос о месте пункции решали индивидуально в зависимости от точки наилучшей визуализации

при УЗИ наиболее расширенного и удобного для пункции протока. В последующем проводилась интенсивная консервативная терапия с до снижения уровня билирубина ниже 50 мкмоль/л. Данная тактика позволяла минимизировать риск интра- и послеоперационных кровотечений. На втором оперативное вмешательство проводилось под внутривенным наркозом. В двенадцатиперстную кишку низводился дуоденоскоп в боковой оптикой, визуализировался БДС. Далее выполнялась фистулография, заполнялись желчные протоки, холедох. Проводник низводился до дистальной части холедоха, выполнялась реканализация холедоха. По проводнику выполнялось бужирование бужами от 7 Fr до 12 Fr, в просвете двенадцатиперстной кишки низводился проводник. Затем струну-проводник захватывали эндоскопическим инструментом (полипэктомической петлей, корзинкой Dormia) и выводили через инструментальный канал эндоскопа наружу. Следующим этапом по струне-проводнику заводили доставочное устройство билиарного стента и под сочетанным РГ-эндоскопическим контролем выполняли эндопротезирование желчного протока с применением технических подходов, используемых при традиционном ретроградном транспапиллярном билиарном стентировании. В среднем послеоперационный составлял от 5 до 11 койко день, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Выводы. 1. Дренирование желчных протоков с применением методики «рандеву» целесообразно при технической невозможности выполнения традиционного ретроградного транспапиллярного вмешательства. 2. Данная методика вмешательств обладает высокой эффективностью и предотвращает риск развития ахолического синдрома у пациентов с механической желтухой опухолевого генеза.

180. Эндоскопическая инъекционная аутоотрансплантация стромально-васкулярной фракции в лечении постлучевого проктита

*Смирнов А.В., Сычев В.И., Баклаушев В.П.,
Кальсин В.А., Конопляников М.А.,
Кузнецова С.В., Иванова А.А., Иванов Ю.В.,
Станкевич В.Р., Троицкий А.В.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Хронический постлучевой проктит развивается у половины пациентов, получивших лучевую терапию по поводу злокачественных новообразований органов малого таза. Данное заболевание имеет хроническое рецидивирующее течение, а применяемые традиционные методы лечения характеризуются недостаточной эффективностью и высоким уровнем осложнений. Аутоотрансплантация биоматериалов на основе жировой

ткани, полученной при липосакции, посредством инъекции в подслизистый слой прямой кишки является перспективным методом лечения. Механизм основан на биологическом воздействии стромально-васкулярной фракции (СВФ), которая содержит мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки и другие биоактивные компоненты. СВФ имеет проангиогенное, ранозаживляющее, антифибротическое, антиапоптотическое и иммуномодулирующее действие. Материал и методы. В ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в 2023-2024 годах пролечено при помощи эндоскопической аутоотрансплантации СВФ 7 больных постлучевым проктитом. Жировая ткань была получена в ходе липосакции в условиях операционной с помощью канюли диаметром 2,0 мм с 16 отверстиями диаметром 0,75 мм. Собранный липоаспират объемом около 300 мл в лаборатории клеточных технологий ФНКЦ ФМБА России был переработан до получения очищенной суспензии СВФ. В лабораторных условиях жировую ткань после промывки буферным раствором подвергали ферментативной обработке коллагеназой 1 типа (активность 300 Ед/мл). Смесь инкубировали в течение 2 ч при 37 °С. После инкубации смесь центрифугировали при 500 g в течение 5 мин, затем фракцию, находящуюся сверху, собирали и удаляли. Осадок клеток ресуспендировали в буферном растворе, а полученную смесь снова центрифугировали при 500 g в течение 5 мин. Надосадочную жидкость удаляли, а осадок клеток диспергировали в буферном растворе. Клеточный состав СВФ анализировали при помощи проточной цитометрии. Окончательным продуктом была СВФ объемом 20 мл, которую стерильно упаковывали и передавали в эндоскопический кабинет. Далее под визуальным контролем с помощью колоноскопии выполняли периульцерозные инъекции в подслизистый слой прямой кишки. Использовался эндоскопический инжектор с диаметром иглы 0,7 мм. Результаты и обсуждение. У всех 7 пациентов наблюдали эндоскопическую и гистологическую картину ремиссии проктита. Каких-либо осложнений при наблюдении от 3 до 20 месяцев зарегистрировано не было. Успешное введение СВФ стало возможным благодаря точному введению с помощью эндоскопической визуализации и эндоскопического инжектора диаметром всего 0,7 мм. Методика позволяет аккуратно вводить биопрепарат в ткани с фиброзом. Примененный ферментативный метод выделения СВФ показывает высокий уровень выхода клеток на единицу объема жировой ткани (маркеры CD29+ выше 5%; CD44+ выше 9,5%; CD90+ выше 10%; CD105+ выше 8%; CD34+ выше 10%; CD45+ выше 11,5%). Заключение. Эндоскопическая инъекционная аутоотрансплантация стромально-васкулярной фракции, полученной из липоаспирата, на основе пилотных данных является эффективным и безопасным методом лечения постлучевого проктита. Необходима дальнейшая клиническая апробация методики, по результатам которой метод может быть включен в клинические рекомендации.

181. Возможности применения экзогенного оксида азота в профилактике инфекционных осложнений после аппендэктомии

Хакимов М.Ш., Эрназаров Х.И.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Наиболее частым осложнение аппендэктомии являются развитие различных инфекционных осложнений. Среди них наиболее грозным значится несостоятельность культи червеобразного отростка, которая обуславливает неудовлетворительные результаты лечения данной категории пациентов. Частота данного осложнения при деструктивных формах острого аппендицита достигает до 0,6-0,8%. Цель: улучшение результатов лечения больных с острым аппендицитом путем разработки мер профилактики инфекционных осложнений. Материалы и методы исследования: Анализ подвергнуты результаты лечения 1723 пациентов с различными формами острого аппендицита (ОА), которые находились на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии многопрофильной клинки Ташкентской медицинской академии за период с 2020 по 2024 года. Все больные были распределены на две клинические группы: контрольную и основную. В контрольной группе (1375 наблюдений) осуществлялось традиционная профилактика инфекционных осложнений, в основной группе (348 случаев) – пред

Материал и методы. В ФГБУ ФНКЦ ФМБА России с 2021 по 2024 года было проведено 8 литотрипсий в ходе ЭРХПГ с использованием метода лазерной литотрипсии тулиевым волоконным лазером при «сложном» холедохолитиазе. Во время ЭРХПГ выполнялись балонная дилатация терминального отдела холедоха, пероральная внутрипросветная холангиоскопия при помощи холангиоскопа SpyGlass™ DS Boston Scientific, лазерная внутрипротоковая литотрипсия (полупроводниковый лазер «УРОЛАЗ», режимы «Распыление» и «Фрагментация»). Лазерное воздействие проводили импульсами в водной среде с целью профилактики карбонизации волокна световода и задымления. Настройка энергии – 0,025-0,05-0,1 Дж, максимум до 0,5 Дж. Средняя мощность 6-10 Вт. Мощность обеспечивает эффект нагрева жидкости, а энергия импульса – дробление, чем выше эти параметры тем эффективнее разрушение конкрементов, но и выше риск повреждения стенки общего желчного протока. Результаты. У всех 8 пациентов достигнуто полное очищение желчного протока от конкрементов. Однако у 3 больных потребовалось выполнение процедуры в 2 этапа из-за того, что образовавшаяся смесь не давала полностью раскрыться корзине Дормиа и длительность вмешательства была продолжительной, что не позволило выполнить значимую по объему литоэкстракцию. Осложнений не было. Заключение. Методика лазерной литотрипсии волоконным тулиевым лазером в ходе ЭРХПГ позволяет безопасно и эффективно фрагментировать и удалить крупные конкременты даже плотной структуры. При этом возможно избежать полостного оперативного вмешательства с холедохотомией и тем самым сократить сроки лечения и реабилитации. Из-за минимальной травматизации при использовании методики снижен риск возникновения осложнений, таких как кровотечение, перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки или общего желчного протока, постманипуляционного панкреатита. Однако для окончательных выводов необходимо продолжение исследования с большим набором участников.

182. Пероральная транспилярная лазерная литотрипсия волоконным тулиевым лазером в лечении «сложного» холедохолитиаза

*Смирнов А.В., Сазонов Д.В., Ахмедьянов А.Р.,
Станкевич В.Р., Иванов Ю.В.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Холедохолитиаз (ХЛ) развивается у 10–35% пациентов с желчнокаменной болезнью. Литоэкстракция в ходе эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) остается основным способом лечения данного осложнения. Однако в 10–15% наблюдений конкременты желчного протока не могут быть удалены без применения дополнительных методов («сложный» холедохолитиаз). В настоящее время появилась возможность выполнения литотрипсии волоконным тулиевым лазером. Цель настоящего исследования – оценить на основе предварительных данных безопасность и эффективность лазерной литотрипсии волоконным тулиевым лазером в ходе ЭРХПГ при «сложном» холедохолитиазе.

183. Комплексный подход в лечении феохромоцитомы

Галиев И.З., Бакиров М.Р., Шарапов Т.Л.

Казань

ФГАОУ ВО МСЧ КФУ

Актуальность. Феохромоцитома занимает третье место среди доброкачественных опухолей надпочечников после гормонально неактивных опухолей и кортикостером. Распространенность феохромоцитомы среди пациентов с артериальной гипертензией составляет 0,2-0,6%. Отмечается увеличение числа случаев образований над-

почечников с увеличением возраста пациентов. Среди лиц старше 50 лет частота развития опухолей составляет 3-7%, у пациентов моложе 30 лет - 0,2%. Двусторонние образования надпочечников встречаются в 2-10% всех случаев. Нелеченная феохромоцитома значительно снижает качество жизни пациентов, может привести к стойкому гипертоническому кризу, вызывая жизнеугрожающее состояние. Диагностированная феохромоцитома является показанием к операции адреналэктомия. Цель исследования- оценить результаты оперативного лечения феохромоцитомы в послеоперационном периоде. Материал и методы. Исследование проводилось в отделении хирургии №2 ФГАОУ ВО МСЧ КФУ в 2024 году. Нами были выполнены 32 операции односторонняя лапароскопическая адреналэктомия. 6 пациентов из 32 были с диагнозом феохромоцитомы. Всем пациентам в догоспитальном этапе проводились УЗИ органов брюшной полости, почек, надпочечников, РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием, выявлено увеличение одной из надпочечников в размерах. У всех пациентов был определен уровень кортизола слюны, альдостерон-рениновое соотношение, малая дексаметазоновая проба, анализ суточной мочи на свободный метанефрин и норметанефрин. Все пациенты до операции были осмотрены врачом-эндокринологом. Результаты. Всем 6 пациентам с диагнозом феохромоцитомы в предоперационном периоде был назначен β 1- адреноблокатор доксазозин с целью снижения артериального давления. Количество пациентов с феохромоцитомой составил 6 человек и 32, что соответствует 18,75%. Такое соотношение объясняется тем, что не все гормонально неактивные доброкачественные опухоли надпочечников подлежат оперативному лечению, а основной метод лечения феохромоцитомы это операция адреналэктомия. Применение β 1- адреноблокатора до операции привело к достижению целевого уровня артериального давления, снизило риски наркоза и операции. После адреналэктомии все пациенты были консультированы врачом-эндокринологом, ввиду нормализации показателей артериального давления антигипертензивная терапия была отменена. Последующий анализ мочи на метанефрин и норметанефрин был в пределах референсных значений. Пациенты были выписаны из стационара на третьи и четвертые сутки после операции. Выводы: 1. Лапароскопическая адреналэктомия является основным методом лечения феохромоцитомы. 2. Комплексный подход к диагностике и лечению, согласованные действия хирурга и эндокринолога уменьшают риски операции, приводят к более быстрому восстановлению в послеоперационном периоде. Ключевые слова: аденома надпочечника, феохромоцитома, β 1- адреноблокатор.

184. Комбинированный способ оперативного лечения пролапса тазовых органов

Украинский В.В., Антонюк О.С., Марченко Т.А.,
Романова К.В.

Донецк

ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака.» Минздрава России.

Частота пролапса тазовых органов в Российской популяции достигает 30-35%. В структуре плановых операций по поводу гинекологических заболеваний операции по лечению пролапса достигают 39,8%. Более чем у половины пациенток первые симптомы заболевания появляются в молодом возрасте. Возрастает количество оперативных методик по лечению данной патологии, которое достигает 300 модификаций. Появляются и новые осложнения, такие как, MESH-ассоциированные. Индивидуальный подход к каждой пациентке, к ее гинекологическому анамнезу, риску развития хирургических осложнений, рецидива пролапса и возникновения симптомов *de novo*, заставляет планировать и выбирать метод коррекции пролапса тазовых органов. Цель исследования: оценить эффективность и результаты лечения пролапса тазовых органов используя комбинированный способ оперативного лечения. В исследование были включены 42 пациентки с пролапсом тазовых органов II-III стадии в соответствии с классификацией генитального пролапса POP-Q, оперированных в отделении гинекологии ФГБУ «ИНВХ им. В. К. Гусака» Минздрава России с января 2020 по декабрь 2023 года с использованием комбинированной методики. Апикулярный пролапс корректировался лапароскопической сакрокольпопексией, при наличии цистоцеле дополнительно выполняли переднюю кольпорафию, при наличии ректоцеле выполняли кольпоперинеолеваторопластику. В предоперационном периоде проводилось полное клинико-лабораторное обследование. Тщательно изучены симптомы нарушения функции мочевого пузыря, прямой кишки, и сексуальные нарушения (PFIQ, PFDI-20, индекс сексуальности). Интраоперационно устанавливали катетер Фолей, с удалением через сутки. Антибиотики профилактику проводили интраоперационно и в послеоперационном периоде. Все пациентки повторно осмотрены через 6 и 12 месяцев после операции. Оценивались наличие рецидива пролапса, возникновение или отсутствие симптомов нарушения функции тазовых органов, послеоперационные осложнения (гематомы, боли, эрозии). Результаты. Средний возраст $44,5 \pm 4,76$ лет. Доля сексуально активных пациенток составила 93 %. В анамнезе от 1 до 3 родов. Индекс массы тела (ИМТ) составил $26,8 \pm 2,3$. Длительность опущения составила от 3 до 7 лет. Время операции в среднем составило 98 мин (от 78 до 125). Интраоперационных кровотечений, превышающих 250 мл отмечено не было. Количество осложнений минимальное, у 3 (7,1 %) пациенток отмечены гематомы задней стенки влагалища и перианальной области. Общая длительность стационарного лечения 4,8 дня. Обсуж-

дение. Данное исследование показывает, что лапароскопическая сакрокольпопексия является безопасным и эффективным при коррекции апикального пролапса. 36 (87,1 %) пациенткам с пролапсом передней или задней стенки влагалища проводилась коррекция с помощью передней кольпорафией и задней кольпоперинеолеваторопластикой. По данным ряда авторов коррекция цистоцеле и ректоцеле с использованием сетчатых имплантов сопровождается до 14,5% MESH-ассоциированных осложнений. В нашем исследовании осложнений, связанных с установкой импланта не было. Длительность операции 98 мин. Продолжительность операции важный показатель, длительное время операции может увеличить риск тромбозмобилических и инфекционных осложнений, в нашем исследовании таковых не было. Время наблюдения 12 месяцев, рецидивов не было. Однако, по данным литературы удовлетворенность результатами после операции постепенно уменьшается со временем, и рецидивы наблюдаются в течение 2 лет и более. Вывод. Лапароскопическая сакрокольпопексия с передней кольпорафией и кольпоперинеолеваторопластикой при лечении пролапса тазовых органов у сексуально активных пациенток среднего возраста не сопряжена с риском развития MESH-ассоциированных осложнений. Данная комбинированная операция является весьма эффективным в лечении апикального пролапса, в восстановлении анатомии и достижение хороших результатов функции тазовых органов у женщин среднего возраста.

185. Лапароскопическая экзентерация малого таза: анализ непосредственных результатов

*Лядов В.К., Невров А.С., Москаленко А.Н.,
Гарипов М.Р., Симбирёв Т.В., Галкин В.Н.*

Москва

Городская клиническая больница имени
С.С. Юдина Департамента здравоохранения
Москвы

Хирургическое лечение в объеме мультивисцеральной резекции или экзентерации малого таза является основным при местно-распространенных опухолях малого таза. Внедрение лапароскопического доступа позволит улучшить результаты данных вмешательств благодаря улучшению визуализации и снижению травматичности, однако затруднено очевидным техническими сложностями при удалении массивных опухолей органов таза. Мы представляем собственный начальный опыт выполнения лапароскопических экзентераций малого таза. Материалы и методы С декабря 2022 года по январь 2025 года в отделении онкологии №4 ГКБ им. С. С. Юдина было выполнено 32 лапароскопические экзентерации малого таза у женщин. Большая часть пациенток была опериро-

вана по поводу рака шейки матки – 15 (46,9%), 7 (21,9%) – по поводу рака толстой кишки, у 4 (12,5%) был диагностирован рак тела матки, у 2 (6,25%) – рак анального канала, также показанием к операции служили рак вульвы (3,1%) и рак влагалища (3,1%). Средний возраст составлял $62,5 \pm 12,9$ лет. Ожирением страдали 12 больных (37,5%), среди них средний индекс массы тела был равен $36,4 \text{ кг/м}^2$. Осложнения опухолевого процесса перед операцией наблюдались у 17 пациенток (53,1%) и включали в себя наличие межорганных свищей – 7 (21,9%), обструкцию мочевыводящих путей – 8 (25%), в т.ч. наличие у двух пациенток вторично-сморщенной почки. У 3 (9,4%) пациенток был подтвержден распад опухолевой ткани, у 2 (6,25%) наблюдались субкомпенсированная кишечная непроходимость и раковая кахексия, соответственно. У 5 (15,6%) пациенток осложнения опухолевого процесса носили сочетанный характер. Химиолучевую терапию ранее перенесли 11 пациенток (31,25%), у 14 (43,75%) в анамнезе проводилось хирургическое лечение. Результаты Среди 32 лапароскопических экзентераций органов малого таза выполнено 13 (40,6%) задних, 11 (34,4%) передних и 8 (25%) тотальных. В 2 (6,25%) случаях экзентерация была дополнена удалением вторично-сморщенной почки. В 1 (3,1%) случае потребовалась резекция подвздошной кости и седалищного нерва ввиду местного распространения рецидива рака анального канала. В 3 (9,4%) наблюдениях для закрытия тканевого дефекта промежностной раны после инфралевавторной экзентерации выполнялась ее пластика (2 – лоскутом прямой мышцы живота, 1 – лоскутом из ягодичной мышцы). Средняя длительность операции составляла $427,5 \pm 102,9$ минут, средняя кровопотеря – $196,7 \pm 127,7$ мл. По результатам гистологического исследования операционного материала в 29 случаях (90,6%) край резекции был отрицательный (R0). Тяжелые послеоперационные осложнения (Clavien-Dindo степень III-V) наблюдались у 4 (12,5%) пациенток. В частности, у одной пациентки отмечен летальный исход на 21 сутки после оперативного вмешательства в результате массивной тромбозмобилии легочной артерии, ранее у нее сформировался тазовый абсцесс, потребовавший лапароскопического дренирования. Других случаев 30 и 90-дневной летальности не было. Послеоперационные осложнения легкой степени тяжести (Clavien-Dindo степень I-II) отмечались у 10 (31,25%) пациенток. Медиана длительности послеоперационного койко-дня составила 13 суток. Обсуждение По данным немногочисленных опубликованных в мировой литературе серий лапароскопических экзентераций малого таза частота тяжелых послеоперационных осложнений колеблется от 8% до 50%. В нашем исследовании обращает на себя внимание низкое число тяжелых осложнений и высокая частота R0 резекций. Особенностью лапароскопических экзентераций малого таза также является низкий объем интраоперационной кровопотери (<200 мл по нашим данным), что позволяет уменьшить число требуемых гемотрансфузий. Выводы Выполнение лапароскопических экзентераций малого таза при местно-распространенных опухолях органов малого таза в специализированных центрах

позволяет оптимизировать непосредственные результаты хирургического лечения тяжелой группы пациентов. Рекомендации. Необходимо изучение отдаленных результатов лечения и определение оптимальных показаний для выполнений данной категории оперативных вмешательств.

186. Отдалённые результаты комбинированного малоинвазивного лечения и профилактики портальных кровотечений при циррозе печени

*Михин С.В., Мозговой П.В., Мандриков В.В.,
Китаева А.В., Михин Е.С., Горбунов Д.Е.*

Волгоград

ВолГМУ

Актуальность. Этапное малоинвазивное хирургическое лечение и профилактика портальных кровотечений (ПК) у больных циррозом печени имеет особую значимость для продления сроков бестрансплантационной выживаемости (БВ). Цель исследования. Улучшение результатов лечения и профилактики ПК у пациентов с циррозом печени. Материалы и методы. Представлены отдаленные результаты лечения 304 больных с портальной гипертензией при циррозе печени с 2006 по 2025 год. При поступлении 163 (53,6%) из них отнесено к функциональному классу (ФК) С, 119 (39,2%) - к ФК В и 22 (7,2%) - к ФК А по Child. Средний возраст составил 56,1 лет, количество мужчин - 165 (54,3%), женщин - 139 (45,7%). Все пациенты разделены на 3 группы в зависимости от тактики ведения. Больным 1 (контрольной) группы (n=86) применяли только консервативные методы лечения исходя из преобладающего осложнения портальной гипертензии (постановка зонда Блэкмора в случае кровотечения, применение неселективных бета-блокаторов (НББ), патогенетическая терапия). Пациентам 2 группы (n=97) выполняли только эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВПЖ в комбинации с НББ. Больные 3 группы (n=121) вместе с НББ получали этапную малоинвазивную хирургическую коррекцию осложнений ПГ с использованием ЭЛ, лапароскопической диссекции венечной вены желудка (ЛДВВЖ), лимфовенозного анастомоза (ЛВА), TIPS, рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА). Выбор стартового метода хирургической коррекции портальной гипертензии также исходил из преобладающего осложнения. Показаниями к этапной малоинвазивной хирургической коррекции считали: острое продолжающееся ПК (n=12), необходимость вторичной плановой профилактики ПК из ВРВПЖ (n=84) с ПК в анамнезе (n=39) или срочной при состоявшемся ПК, остановленном консервативно (n=83). В группе 2 выполняли ЭЛ ВРВП в 85 случаях, в 5 - ВРВПЖ GOV-1, у 7 пациентов - ВРВПЖ GOV-2 по Sarin. Максимальное количество процедур соста-

вило 188, медиана числа сеансов на 1 больного равна 2. При ЭЛ ВРВПЖ GOV-1 использовали латексные кольца, при GOV-2, IGTV-1 - нейлоновые петли. Больные группы 3 получали комбинации: ЭСА+ЭЛ (n=8), ЛДВВЖ+ЭСА (n=41), ЭСА+TIPS+ЭЛ+ДВВЖ (n=37), ЛДВВЖ+ЭСА+ЭЛ (n=21). Применение ЛВА после ЭЛ (n=2), ЛДВВЖ (n=1), ЭСА (n=8), ЭЛ (n=2), ЛДВВЖ+ЭСА (n=4), ЭЛ+ЛДВВЖ+TIPS (n=1). Результаты и обсуждение. Регресс ВРВПЖ во 2 группе наблюдали у 16 (16,5%), эрадикацию - у 72 (74,2%) больных. В 7 (7,2%) случаях после первого сеанса ЭЛ (на 5 сутки) и после второго сеанса в 2 (2,1%) случаях (на 8 сутки) развилось кровотечение из постлигатурного дефекта, остановленное с помощью стента Danis (n=4), ЭЛ (n=2), консервативно (n=3). В группе 3 у 14 (11,6%) пациентов отмечали регресс ВРВПЖ, у 96 (79,3%) эрадикацию, у 11 (9,1%) рецидив ВРВП. Число рецидивов ПК в группе 2 составило 12 (12,4%) случаев и 5 (4,1%) - в группе 3. В обеих опытных группах 42 (19,3%) пациента с ФК С перешли в стадию В, а 21 (9,6%) из стадии субкомпенсации в класс А. В контрольной группе наблюдали менее значимую динамику: 8 (9,3%) больных из класса С перешли в класс В, 5 (5,8%) пациентов из класса В - в класс А в среднем за 5 месяцев. Сроки наблюдения отдаленных результатов составили от 3 месяцев до 10 лет. Общий показатель летальности в течение первых 3 лет: 48 (55,8%) пациентов из группы 1, 18 (18,6%) из группы 2, 12 (9,9%) из группы 3. Рецидивы ВРВПЖ в течение 3 лет в группе 2 у 45 (46,4%) больных потребовали повторного ЭЛ. Спустя 5 и 10 лет БВ составила 66% и 32% соответственно. В группе 3 в течение первых 3 лет рецидив кровотечения из ВРВП произошёл в 37 (30,6%) случаях. На протяжении 7 лет у 27 (22,3%) больных группы 3 сохранился ФК В. Через 5 и 10 лет БВ составила 74% и 41% среди пациентов группы 3. Заключение. Малоинвазивное хирургическое лечение и профилактика ПК как в моноварианте так и в виде этапных комбинаций позволяет улучшить результаты лечения и профилактики ПК у больных с портальной гипертензией при циррозе печени.

**187. Новый способ безопасной
лапароскопической холецистэктомии**

*Панюшкин А.В. (1), Загайнов В.Е. (2),
Власов А.В. (2),*

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7
имени Е.Л. Березова» (1),
Нижний Новгород, ФГБОУ ВО «ПИМУ»
Минздрава России (2)

Травмы желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) наблюдаются в 0,1% плановых и в 0,3% экстренных ЛХЭ. Для повышения безопасности ЛХЭ предлагаются важные анатомические ориентиры - желчный проток, борозда Рувье, левая печеночная артерия, щель круглой связки печени, двенадцатиперстная кишка и желудок. Разработана стратегия «критический взгляд на безопасность» (CVS), предложена концепция безопасной холецистэктомии (culture of safety in cholecystectomy - COSIC). Во время «сложной холецистэктомии» тактика хирурга может варьировать от лапароскопической холецистостомии с – и без удаления камней, полного выполнения ЛХЭ, лапароскопической резекции желчного пузыря различного объема и переход к открытой холецистэктомии, которая носит неоднозначный характер при наличии деструктивного холецистита и плотного инфильтрата и не имеет доказательств по снижению травм желчных протоков. Кроме техники субтотальной холецистэктомии рекомендуется холецистэктомия «от дна» (fundus first) или подход «middle-first

**188. Диагностика стриктур желчных протоков
с использованием методики пероральной
холангиоскопии**

Курданова М.Ю., Тимофеев М.Е., Имаралиев О.Т.

Москва

НМИЦ онкологии им Н.Н. Блохина Минздрава
России

Введение Несмотря на достижения в эндоскопических билиарных диагностических методах, таких как эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХ), эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУС), диагностическая точность, необходимая для дифференцировки злокачественных билиарных стриктур недостаточна. Цель исследования: изучить эффективность транспиллярной холангиоскопии в верификации неопределенных билиарных стриктур в сравнении со стандартной методикой взятия материала под рентгенологическим контролем. В период с 2021 по 2024 годы 55 пациентам

с неопределенными билиарными стриктурами была проведена визуальная оценка билиарного дерева, биопсия под контролем холангиоскопии и под контролем рентгенооскопии соответственно. Точность предполагаемого диагноза оценивалась на основании патологической оценки образцов тканей, полученных во время операции или с использованием других методов взятия биопсии, наблюдения за пациентами с установленным диагнозом на основании клинко-инструментальных данных, бессобытийного клинического течения пациентов с доброкачественными поражениями. Первичные конечные точки включали определение чувствительности биопсии под контролем холангиоскопии и биопсии под контролем R-скопии. Вторичные конечные точки включали специфичность, положительную прогностическую ценность и отрицательную прогностическую ценность визуальной оценки под контролем ХС, биопсии щипцами под контролем ХС и биопсии под контролем R-скопии. Стриктуры были определены как злокачественные на основании следующих визуальных данных: (1) неравномерно расширенные и извилистые сосуды (неоваскуляризация), (2) контактная кровоточивость (3) папиллярные разрастания. В качестве основной аппаратуры для проведения холангиоскопии применяли эндоскопическую видеосистему фирмы OLYMPUS EXERA III, в которой использовался видеодуоденоскоп TJF-Q180V с рабочим каналом диаметром 4,2 мм. В качестве дочернего аппарата использовали систему эндоскопической визуализации желчевыводящих путей SpyGlass DS II (Boston Scientific). Рентгенооскопию проводили с использованием цифрового рентгеновского комплекса. Внутрипротоковую биопсию выполняли с помощью щипцов SpyBite и SpyBite Max. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия проводилась пациентам, которые ранее не проходили эту процедуру. При необходимости выполнялась баллонная дилатация для прохождения холангиоскопа через Фатеров сосок. Для детальной оценки билиарного дерева, протоки омывались стерильным физиологическим раствором. Статистический анализ Чувствительность, специфичность, PPV, NPV рассчитывались с 95% доверительным интервалом (ДИ), а сравнения выполнялись с использованием теста McNemar. Непрерывные переменные были представлены как среднее значение со стандартным отклонением, а сравнения выполнялись с использованием теста Mann-Whitney U. Результаты. 55 пациентов с неопределенными стриктурами прошли пероральную холангиоскопию в период с 2021 по 2024 годы в стенах НМИЦ. Из них 27 мужчин и 28 женщин; средний возраст составил 67,52 [SD ± 8,00] лет. Согласно заключительным диагнозам, у 41 пациента поражения были злокачественными, у 14 — доброкачественными. Окончательный генез билиарного поражения был установлен на основании образцов хирургической резекции у 23 пациентов, диагностической лапароскопии у 6 пациентов, клинического наблюдения у 29 пациентов. У восьми пациентов с установленным доброкачественным поражением билиарного дерева наблюдалось бессобытийное клиническое течение не менее 12 месяцев, у 3 пациентов наблюдалось исчезно-

вление клиники поражения желчных протоков через 3 и 6 месяцев. У 41 пациента, поражения, которые были расценены злокачественными согласно визуальной оценке результатов, оказались таковыми, за исключением двух. Среди доброкачественных поражений 14 пациентов, что подтверждено окончательным диагнозом, поражения у 1 пациента считались злокачественными, а у 13 пациентов считались доброкачественными после визуальной оценки результатов. Результаты визуальной оценки показали неравномерно расширенные и извилистые сосуды у 1 и 41 пациента с доброкачественными и злокачественными поражениями соответственно. Контактная кровоточивость наблюдалась у 3 и 29 пациентов с доброкачественными и злокачественными поражениями соответственно. Папиллярные разрастания наблюдалась у 6 пациентов со злокачественными поражениями и 3 с доброкачественными поражениями. Чувствительность и специфичность биопсии под контролем холангиоскопии составила 76,19% и 85,71% соответственно в сравнении с биопсией под контролем рентгеноскопии- 65,1% и 96%. Положительная и отрицательная прогностическая ценность биопсии под контролем холангиоскопии составила 100% и 85,7%, в то время как те же показатели при выполнении биопсии под рентгенологическим контролем составили 100% и 74,3%. Чувствительность, специфичность PPV, NPV визуальной оценки билиарных стриктур составила 95,4%, 100%, 91,3%, 92,3% соответственно. При оценке количества и размера образцов биопсии под визуальным контролем и рентгенологическим, биопсия под контролем рентгеноскопии позволила получить значительно большие образцы биопсии ($p < 0,001$). Вышеописанные результаты соотносятся с данными мировой литературы и подчеркивает свою диагностическую целесообразность в дифференцировке неопределенных билиарных поражений. Заключение Таким образом, пероральная холангиоскопия обладает высокой чувствительностью и специфичностью при визуальной интерпретации неопределенных билиарных поражений, что доказывает целесообразность ее использования в рутинной клинической практике.

189. Наш опыт применения малоинвазивных и традиционных способов хирургического лечения холедохолитиаза в условиях ограниченных технических возможностей

Мамисашвили З.С., Антонюк О.С.

Донецк

ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» Минздрава России

Актуальность. Развитие новых технологий позволяет с высокой степенью вероятности выявлять и наименее травматично решать проблему желчнокаменной болезни, которая в последнее время занимает третье место после сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета. Доступность технических ресурсов клиник и профессиональный опыт специалистов, играет решающую роль в принятии решения тактики лечения. До сих пор не существует четкого консенсуса относительно «золотого стандарта» в решении данной проблемы, особенно тогда, когда лечебные учреждения сталкиваются с трудностями (по различным причинам), связанными с приобретением, техническим обслуживанием оборудования. Целью работы явилось изучение непосредственных результатов малоинвазивных и традиционного способов хирургического лечения у больных с ХДЛ в условиях ограниченных возможностей. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов различных способов лечения холедохолитиаза у 828 больных, которые лечились в клинике с 2014 по 2022гг.. Проанализированы амбулаторные карты, истории болезни стационарных больных, протоколы хирургических вмешательств. Больные были разделены на 5 групп методом случайной выборки для проведения сравнительного анализа в зависимости от характера оперативного лечения. I-ю группу составили 617 (74,5%) пациентов, которым выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с ретроградной холедохолитэкстракцией. На втором этапе (через 2-3 дня) в 74,7% случаев производили лапароскопическую холецистэктомию. Во II-ю группу вошли 34 (4,1%) больных, которым выполняли одноэтапное хирургическое лечение (после стандартной лапароскопической холецистэктомии производили холедохоскопию с одномоментным воздействием на конкремент высокоинтенсивным лазерным гольмиевым излучением с последующей санацией общего желчного протока (ОЖП). III-ю группу составили 42 (5,1%) пациента, у которых конкременты из холедоха удаляли, проводя соответствующие манипуляции через транспеченочную холангиостому. В IV группу вошли 23 (2,8%) пациента, которым применили комбинированные (антеградные + ретроградные) хирургические вмешательства. V-ю группу составили 112 (13,5%) больных с ХДЛ, у которых выполнили традиционные лапаротомные вмешательства (холедохолитотомия (ХЛТ), наружное дренирование ОЖП – 31 (28,2%); ХЛТ, наложение билиодигестивного анастомоза – 86 (77,3%); первичный шов холе-

доха – 5 (4,5%). Длительность госпитализации больного является одним из основных показателей работы стационаров лечебно-профилактических учреждений. После лапароскопической холедохолитотомии с применением гольмиевого лазера длительность госпитализации наименьшая ($6,4 \pm 1,6$ койко-дней), а наибольшая ($14,2 \pm 5,3$ койко-дней) – после лапаротомной холедохолитотомии ($p < 0,001$). В I-й группе этот показатель на 2,4 койко-дня меньше, чем в V-й группе, а в III-й и IV-й группах – на 3,5 и 3 койко-дня меньше, чем в V-й ($p < 0,05$). Выводы. Хирургическая тактика при лечении ХДЛ включает несколько вариантов оперативного вмешательства. Их сравнительный анализ показал, что лапаротомные операции более травматичны, пациенты позже активизируются, имеют более продолжительный ($14,2 \pm 5,3$ дней), срок госпитализации, имеют больше осложнений (16,0%) и летальность (4,6%). Наиболее эффективным малоинвазивным способом лечения холедохолитиаза показала себя способ лапароскопической холецистэктомии в сочетании с холедохоскопией и контактной лазерной холедохолитотрипсией гольмиевым лазером, при минимальном числе осложнений (10,8%) и отсутствии летальности. Операции на желчных протоках всегда индивидуальны, технически сложны, требуют специального оснащения и большого опыта хирурга, а поэтому должны проводиться только в специализированных хирургических отделениях.

190. ЭУС-интервенционные малоинвазивные технологии в экстренной хирургии при патологиях гепатопанкреатобилиарной зоны

*Мударисов Р.Р., Комиссаров Д.Ю.,
Минацканян А.Е., Христофорова Е.А.*

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52
Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность: в последние годы эндосонография приобрела характер не только диагностической процедуры, но и лечебной. Интервенционные ЭУС-технологии (ИЭУС) стали активно применяться в лечении различных патологических состояний, преимущественно гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ). Цель работы: на основании анализа литературных данных и собственного опыта применения метода определить роль и показания к применению ИЭУС-технологий в лечении патологии ГПБЗ, а также осложнения, возникающие при применении данной методики. Материалы и методы: при анализе отечественной литературы, общее количество публикаций, затрагивающих тематику эндосонографии составляет порядка 460, а количество работ, упоминающих непосредственно ИЭУС-методику, не превышает 150-180. Большая часть из них содержит упоминание о возможностях данных

методик. В настоящий момент, активное и широкое распространение в отечественной медицине нашли дренирующие вмешательства при псевдокистах и постнекротических парапанкреатических жидкостных скоплениях (ППЖС). За отчетный период в клинике выполнено 31 ИЭУС-вмешательства. В структуре необходимо выделить следующие направления: в 18 случаях-цистогастростомии по поводу ограниченных ППЖС, что составило 58%. В 11 случаях-35,4 % были выполнены билиодигестивные (EUS-BD) вмешательства. Из них – 8 (72,7%) холедоходуоденостомии (EUS-CDS), в 1 (9,1%) клиническом наблюдении гепатикогастро- (EUS-HGS), 1 (9,1%) ЭУС-Rg-ассистированное «рандеву» (EUS-ERCP- rendezvous), 1 (9,1%) – холецистодуоденостомия (EUS-GBD). В 2 клинических наблюдениях – 6,4% соответственно, проведено ЭУС-Rg-ассистированное дренирование абсцесса забрюшинного пространства. Результаты: проведен ретроспективный анализ ИЭУС-вмешательств, выполненных в ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» в период с 2018 по февраль 2025 г. Анализ данных указывает на рост частоты применения ИЭУС-вмешательств, как общего количества, так и отдельных видов. Так, при сравнительном анализе частота их выполнения выросла в 3,6 раза, что касается отдельных видов: частота выполнения цистогастростомий увеличилась в 3 раза, а применение EUS-CDS выросло в 4 раза. Показаниями к выполнению ИЭУС-вмешательств служили: в случаях применения ППЖС-дренирований – WOPN (7 – 38,9 %), постнекротические кисты (8 – 44,4%), острые жидкостные скопления (3 – 16,7%). В 5 (27,7%) случаях – с последующими некрэктомиями. В случае применения BD-вмешательств, ИЭУС-технологии применялись в качестве операции второй линии при технической невозможности выполнения ЭТПВ. Факторы, повлиявшие на выбор методики: опухолевые стенозы кишки без доступа для манипуляций на БДС в 3 наблюдениях (27,3 %); полное отсутствие анатомических ориентиров при опухолевой инфильтрации, не позволяющих дифференцировать зону БДС в 6 клинических наблюдениях (54,5 %); гипокоагуляция в 1 клиническом наблюдении (9,1 %); оперативно-измененная анатомия в 1 клиническом наблюдении (9,1%). В случаях дренирования абсцессов методика использовалась при отсутствии возможности выполнения чрескожного дренирования. В 3 клинических наблюдениях – 9,7 % выявлены миграции стентов, которые были успешно скорректированы при повторном эндоскопическом вмешательстве. 5 клинических случаев завершились летальным исходом, во всех наблюдениях причинами летальности являлось основное заболевание, не связанное с ИЭУС-вмешательствами. Выводы: ИЭУС-технологии по мере своего развития, значительно продвинулись вперед, что позволило применять их не только при воспалительных заболеваниях БПДЗ и ППЖС, но также при острых механических желтухах связанных с опухолевым поражением ГПБЗ. Обсуждение: в аспекте BD-вмешательств текущие результаты демонстрируют высокую результативность, которая может дополнять или заменять ЭТПВ при технической невозможности или ограничений к их выполнению. Тем не менее, малый

опыт, техническая сложность, трудности освоения, диктуют необходимость дальнейшего изучения возможностей применения методики. Рекомендации: необходим анализ отдаленных результатов применения ИЭУС-вмешательств.

191. Опыт хирургического лечения морбидного ожирения

Стаценко Н.И., Гербали О.Ю.

Симферополь

Ордена Трудового Красного Знамени
Медицинский институт им. С.И. Георгиевского

Актуальность. Основой бариатрической хирургии является то, что ожирение является заболеванием, которое связано с множественными неблагоприятными последствиями. Оперативные методы лечения возникли в связи с нарастанием социальной значимости проблемы и безуспешностью консервативной терапии. Материалы и методы. Нами проанализирован результат оперативного лечения морбидного ожирения, в том числе в сочетании с сахарным диабетом в период с 2021 по 2024 гг. Произведено 27 операций: 21 продольная резекция желудка и 6 минигастрошунтирований. Пациенты были с ИМТ от 42,3 до 55,8. Из них 22, 2%(6) страдали сахарным диабетом 2 типа. Этим пациентам была произведена операция минигастрошунтирования. У 4 пациентов в раннем послеоперационном периоде нормализовались показатели глюкозы крови, у 2 они значительно снизились. В течение месяца пациенты снизили вес от 8 до 10 кг., в дальнейшем вес снижался от 2 до 3 кг в неделю. По итогу через год вес был снижен от 30 до 50 кг. У этих пациентов значительно повысилось качество жизни, повысилась работоспособность. Выводы. Бариатрическая хирургия доказывает эффективность монотерапии ожирения и метаболического синдрома, в том числе сахарного диабета.

192. Сравнение периоперационных результатов лапароскопических и открытых резекций печени при гепатоцеллюлярном раке.

*Ванькович А.Н., Королева А.А., Коваленко Д.Е.,
Тараканов П.В., Фисенко Д.В., Хегай В.Е.,
Надина И.В., Колупаева М.А., Ефанов М.Г.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) является наиболее часто встречающейся первичной злокачественной опухолью печени. Внедрение малоинвазивных технологий в хирургическом лечении пациентов с ГЦР предполагает не только хороший косметический результат, но и более раннюю реабилитацию, что должно приводить к лучшим результатам лечения. Цель исследования: оценить непосредственные результаты малоинвазивных резекций печени по поводу ГЦР. Материалы и методы. Сравнение непосредственных результатов резекций печени по поводу ГЦР лапароскопическим и лапаротомным доступами с 2015 по 2024гг. При циррозе печени противопоказаниями к операции были расширение вен пищевода более 2 степени, тяжелый асцит, класс С по Child – Pugh. Полученные результаты. Выполнено 176 резекций по поводу гепатоцеллюлярного рака. Лапароскопических операций 109 (включая 8 роботических), открытых 67. Преобладали анатомические резекции – 119, атипичных 57. При этом 54% в группе открытых и 52% в группе лапароскопических операций были резекции «сложных сегментов» (S1, S4a, S7, S8). Среднее время операции в сравниваемых группах не отличалось (310 минут при лапароскопических и 358 при открытых операциях). Объем кровопотери (200 и 500 мл, $p<0.0001$), послеоперационный койко-день (7,2 и 12,6 сут, $p<0.0001$), частота осложнений по Clavien–Dindo более 2 ст. (12 и 38%), были значительно меньше в группе лапароскопических резекций печени. В раннем послеоперационном периоде умерли 4 (6 %) пациентов – в группе открытых операций (вследствие пострезекционной печеночной недостаточности 2 пациента) и 2 пациента с экстрапеченочными причинами; в группе лапароскопических операций причинами 2х смертей (1,8%) стали инфаркт миокарда и ТЭЛА. Заключение. Лапароскопические резекции печени при ГЦР сопровождаются меньшими периоперационными осложнениями, позволяют сократить продолжительность послеоперационного стационарного лечения. Данный факт имеет большое значение для быстрого восстановления пациентов и скорейшего продолжения комплексного лечения. Рекомендации. Требуется дальнейшее внедрение минимально инвазивных операций при ГЦР в специализированных медицинских центрах.

**193. Использование гибридных операций
у пациентов с вентральными грыжами**

*Путулян А.А., Тимошенко Д.С., Камчибек уулу Б.,
Потапов П.А., Куприянова А.С., Армашов В.П.,
Матвеев Н.Л.*

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Моск

Актуальность. В настоящее время эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств по поводу грыж брюшной стенки не вызывает сомнений. Преимущества данного доступа заключаются в достоверном снижении уровня послеоперационной боли, частоты инфекций области хирургического вмешательства, короткой продолжительности пребывания, ускоренной реабилитации. Использование полностью эндоскопического доступа характеризуется техническими сложностями, значительным временем операции, необходимостью использования дорогостоящих расходных материалов. Выполнение части этапов лапароскопического вмешательства из традиционного доступа может позволить нивелировать указанные недостатки. Цель нашего исследования – сравнение результатов вмешательств у пациентов с грыжами, выполненных полностью из эндоскопического доступа, с результатами операций, проведенных с использованием гибридного доступа. Материалы и методы. В рамках исследования был проведен анализ результатов лечения 19 пациентов с первичными и послеоперационными грыжами, которые были разделены на 2 группы: 13 пациентов (средний возраст $57,31 \pm 9,28$ лет), оперированные по методике eTER из полностью эндоскопического доступа; 6 пациентов ($62,7 \pm 12,3$), оперированные по методике eTER из гибридного доступа. Вмешательства из эндоскопического доступа выполнялись по методике eTER Rives-Stoppa. В случае проведения оперативного вмешательства из гибридного доступа на этапе ушивания дефекта белой линии живота выполнялась конверсия с шириной доступа равной ширине грыжевого дефекта, после чего выполнялся открытый этап операции – иссечение грыжевого мешка, ушивание грыжевого дефекта. Далее эндоскопически устанавливался сетчатый полипропиленовый имплантат, располагающийся латеральнее границ грыжевого дефекта на 5 см. Во всех случаях выполнялось дренирование ретромускулярного пространства. Проводилась оценка времени выполнения операции, степени выраженности болевого синдрома по шкале NRS на 1 и 3 сутки после операции. Результаты. Обе группы пациентов были сопоставимы по возрасту ($p=0,173$), полу ($p=0,126$), ИМТ ($0,183$), размеру установленного сетчатого импланта ($p=0,577$). В группе гибридного доступа отмечалась меньшая средняя продолжительность операции ($138,3 \pm 44,57$ мин, в группе eTER – $168,8 \pm 74,25$ мин), однако данное различие не было статистически значимым. Болевой синдром на 1 и 3

сутки после операции был сопоставим в обеих группах (1 сутки – eTER $4,6 \pm 1,1$, гибридный доступ $4,5 \pm 1,5$, $p=0,963$; 3 сутки – eTER $2,2 \pm 1,2$, гибридный доступ $2,2 \pm 1,0$, $p=0,816$). Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют, что выполнение оперативного вмешательства из гибридного доступа у пациентов с вентральными грыжами имеет преимущества, характеризующиеся более короткой продолжительностью операции, что связано с технической простотой выполнения ключевого этапа – ушивание грыжевого дефекта традиционным способом. В рамках данного исследования это различие было отмечено в качестве тенденции, но не имело достаточной статистической значимости, что может быть обусловлено ограниченной выборкой пациентов. При этом не было отмечено достоверных различий между группами по такому признаку как болевой синдром на 1 и 3 сутки после операции, то характеризует оперативное вмешательство с использованием гибридного доступа как безопасный и эффективный метод лечения грыж брюшной стенки. Выводы. Результаты работы показали, что выполнение операции у пациентов с грыжами из гибридного доступа приводит к недостоверному уменьшению продолжительности операции. По другим исследуемым показателям различий не выявлено. На этапе исследования на ограниченной выборке пациентов однозначно судить об уменьшении частоты послеоперационных осложнений и улучшении качества жизни не представляется возможным, что требует продолжения исследования. Рекомендации. Необходимо продолжить проведение исследования с включением большого числа пациентов и более длительным периодом послеоперационного наблюдения с оценкой числа послеоперационных осложнений, рецидивов, качества жизни.

**194. Результаты эндоваскулярного лечения
хронической мезентериальной ишемии**

*Шеголев А.А.?, Мутаев М.М.?, Маркаров А.Э.
?, Папоян С.А.?, Чевокин А.Ю.?, Мутаев Р.М.?*

Москва

1 Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, 117513,
г. Москва, ул. Островитя

Цель исследования: изучить результаты эндоваскулярного лечения больных с хронической мезентериальной ишемией. Материал и методы: Изучены результаты эндоваскулярного лечения 62 больных с ХМИ, поступивших в

Университетскую клинику РНИМУ им. Н.И. Изноземцева на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Изноземцева» (далее – ГКБ им. Ф.И. Изноземцева) с 2014 по 2024г.г. Возраст больных составил $70,82 \pm 11,58$ г., из них 33(53,22%) были мужского пола. Индекс массы тела (ИМТ) составил $19,36 \pm 2,57$ кг/м². Боли в животе после приёма пищи беспокоили 41(66,12%)больного, потеря массы тела отмечено - у 35(56,45%), дисфункция кишечника – у 16(25,8%). В анамнезе ишемическая болезнь сердца была у 46(74,19%) больных, ранее инфаркт миокарда перенесли-18(29,03%), гипертоническая болезнь - у 61(88,38%), мерцательная аритмия – у 17(27,41%), сахарный диабет – у 16(25,8%). Ранее АКШ проведено у 8(12,19%) больных, эндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях - у 2(3,22%), на артериях н/к - у 14(22,58), каротидная эндартерэктомия - у 6(9,67%), на почечных артериях- у 4(6,45%). До госпитализации проводили общеклинические исследования, эндоскопическое исследование ЖКТ, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗАС) брюшной аорты, артерий н/к и брахиоцефальных артерий, МСКТ ангиографию брюшной аорты и артерий н/к. Перед оперативным вмешательством назначали клопидогрел 300мг. Оперативные вмешательства выполняли на установке Toshiba BLA-900A с использованием контрастного препарата «Ультравист»(Nicomed). При эндоваскулярных вмешательствах применяли плечевой доступ у 40(64,51%) больных, а бедренный – у 22(35,48%). При критическом стенозе проводили предилатацию, а после выполнения основного этапа проводилась контрольная ангиография для исключения остаточного стеноза, экстравазации, отслоения интимы, тромбоза и дистальной эмболии. После имплантации стента больные получали двойную антиагрегантную терапию в течение 1 месяца. Результаты. У 50(80,51%) больных выполнено стентирование верхней брыжеечной артерии проведено, а чревного ствола- у 12(19,35%). Технический успех операции составил 100%. В ближайшем после операционном периоде отмечено внутрибрюшное кровотечение у 1(1,61%) больной - выполнена лапаротомия и остановка кровотечения из брыжейки тонкой кишки. Имплантированы стенты: Palmaz-genesis 18(29%), Smart-control 6 (9,67%), Assurant cobalt 9(14,51%), Visy – Pro 22(35,48%), Vascular express -7(11,29%). Длина стента составила $31,1 \pm 8$ мм, а диаметр- $8,20 \pm 0,67$ мм. Объем использованного контрастного препарата во время эндоваскулярного вмешательства составил $189,36 \pm 88,6$ мл. Летальных исходов не было. Обсуждение. При эндоваскулярном лечении ХМИ получены хорошие непосредственные результаты. Выводы: Эндоваскулярное лечение ХМИ при атеросклерозе верхней брыжеечной артерии и чревного ствола является малоинвазивным, безопасным, эффективным методом.

195. Эффективность наложения дополнительного шва на уретровезикальный анастомоз после выполнения робот-ассистированной простатэктомии

Ханалиев Б.В. (1), Алиев Т.А. (1), Алиев У.А. (1)

Москва

НМХЦ им. Н.И. Пирогова

ВВЕДЕНИЕ Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. Клинически заболевание проявляется симптомами инфравезикальной обструкции, которые могут значительно снижать качество жизни пациентов. Несомненно, на сегодняшний день все чаще отдают предпочтение применению мининвазивных подходов, таких как лапароскопическая простатэктомия и робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП). РАРП является «золотым стандартом» хирургического лечения локализованного, а также местно-распространенного РПЖ. По сравнению с открытой простатэктомией РАРП характеризуется меньшим риском развития осложнений в послеоперационном периоде, уменьшением срока госпитализации, а также коротким периодом инвалидизации. Преимуществом данного хирургического метода лечения является мининвазивность, которая позволяет достичь необходимых функциональных результатов за более короткие сроки, нежели другие методы. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** С февраля 2018 г. по декабрь 2023 г. одним хирургом выполнялась РАРП на роботической системе. Проведено проспективное исследование, где объектами исследования стали 300 пациентов с морфологически верифицированным РПЖ. Критериями исключения из исследования стали: пациенты с большим объемом железы (свыше 100 см³), пациенты с декомпенсированным сахарным диабетом или другими системными заболеваниями. Средний возраст пациентов составил 63 года (от 51 до 67 лет), уровень общего ПСА – 8,2 нг/мл (от 5,2 нг/мл до 14,5 нг/мл), объем предстательной железы – 72 см³ (от 26 см³ до 96 см³). Всем пациентам во время проведения РАРП, с целью дополнительной профилактики состоятельности уретровезикального анастомоза (УВА), проведено наложение дополнительного «страховочного» шва на сформированный УВА. **РЕЗУЛЬТАТЫ** Наложение дополнительных «страховочных» швов привело к значительному снижению «натяжения» УВА. За счет того, что в лигатурный процесс не вовлекаются сосудисто-нервные пучки, наложение данного шва позволяет избежать риска возникновения эректильной дисфункции. Всем пациентам на 3-4 сутки после оперативного вмешательства выполнена цистогамма, при этом незначительный затек контраста в области анастомоза выявлена у 3 (1,0%) пациентов. Данным пациентам потребовалось увеличение срока катетеризации дополнительно на 3-4 дня. При контрольной цистогамме данных за наличие затека контрастного препарата в малый таз не выявлено. Выводы Страховочные швы

значительно снизили риск несостоятельности УВА. Проведя исследование, отмечено, что частота несостоятельности анастомоза составила 1,0 %. Также отмечено более раннее и эффективное восстановление удержания мочи. Полученные данные создают предпосылки для дальнейшего исследования, требующее более длительное время и выборку. Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

196. Эндоваскулярное лечение кровотечения при синдроме Бадда-Киари

*Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш.,
Францевич А.М.*

Москва

Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Пирогова Н.И.

Эндоваскулярное лечение кровотечения при синдроме Бадда - Киари Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Францевич А.М. Москва Введение: Синдром Бадда-Киари (СБК) – редкое (частота 0,1/10 млн./год) гетерогенное полиэтиологическое заболевание, вызванное затруднением венозного оттока от печени, преимущественно на уровне печеночных вен (реже нижней полой вены) и формирующая надпеченочную форму портальной гипертензии. Цель исследования: оценить результаты эндоваскулярного лечения пациентов с жизнеугрожающими осложнениями СБК (кровотечение из варикозно-раширенных вен пищевода/желудка, резистентный асцит) Материалы и методы: клиника акад. Затевакина за период 2002 – 2024 гг. располагает значительным опытом эндоваскулярных операций выполненных по поводу жизнеугрожающих осложнений портальной гипертензии. Включая 370 (96,6%) операций трансъюгулярного шунтирования (ТИПС), 2 (0,5%) операции BRTO, 2 (0,5%) эмболизации левой желудочной вены и 10 (2,4%) у пациентов с СБК. По поводу СБК нами выполнено 10 эндоваскулярных операций: троим пациентам выполнена операция ТИПС (впервые в отечественной клинической практике), троим – стентирование устья печеночной вены, одному - стентирование стеноза анастомоза резвившегося через 6 мес. после пересадки печени, и троим – стентирование стеноза печеночной вены после операции ТИПС образовавшегося при адекватной проходимости интрапеченочного стент-графта Viatorr. Средний возраст пациентов – 41,5 +/- 4,5 года. Показаниями к операции было состоявшееся кровотечение из вариксов пищевода у 6-ти больных и сочетание состоявшегося кровотечения из вариксов пищевода с резистентным асцитом у 4-х. Мужчин было 7, женщин – 3. Результаты Непосредственно после эндоваскулярных операций средний градиент порто-кавального

давления снизился с 26+/- 7 мм.рт.ст. до 10+/- 3 мм.рт.ст. Технический успех операций - 100%. У одной больной после операции ТИПС отмечен критический локальный стеноз в пролонгированном стенте, потребовавший экстренного стентирования «стент-в стент» Периоперационных осложнений не отмечено. Все пациенты живы, состояние удовлетворительное, наблюдаются от 6 мес. до 14 лет (средн. – 8,7 лет) лет с положительным клиническим результатом – повторных кровотечений не было, асцит контролируется включая медикаментозную диуретическую терапию. Персистирующая печеночная энцефалопатия отмечена у 3-х больных, триггером был алиментарный фактор, купировалась медикаментозно. Выводы: Эндоваскулярные технологии (операция ТИПС, стентирование печеночной вены, повторные операции в виде последовательного стентирования печеночной вены после ортотопической пересадки печени или ТИПС) являются перспективными и эффективными методами лечения синдрома Бадда-Киари и могут рассматриваться в качестве выбора первой линии хирургической декомпрессии портальной гипертензии.

197. TAPP в лечении пупочных грыж — сравнительный анализ

*Можаровский В.В., Качалов А.Ю., Тарасов А.А.,
Эргашбоев И.И.*

Дмитров

ГБУЗ МО «Дмитровская больница»

Актуальность проблемы По данным главного хирурга РФ, представленным в сборнике хирургическая помощь в Российской Федерации, в 2023 году, в нашей стране оперировано 18244 пациента с пупочными грыжами, причем доля лапароскопических операций составила 5,58%. На этом фоне, Московская область выглядит в более выигрышном свете — доля лапароскопических операций при пупочных грыжах в нашей области составила 8,87%, что не может ни радовать. Однако если мы проанализируем структуру этих операций, то поймем, что как минимум 90% из них приходится на технологию IPOM, а на долю TAPP и eTер, придется не более 10%. Не имея ничего против IPOMa, мы все же думаем, что антиадгезивные свойства современных сетчатых имплантов, это скорее маркетинговый ход, нежели безопасная технология. И в этой связи нам кажется что использование преперитонеального пространства для расположения сетки — более физиологично и безопасно. Все это подчеркивает актуальность проблемы лечения пупочных грыж и выбора способа лапароскопической пластики. Цель исследования Оценка эффективности и безопасности различных видов герниопластик у пациентов с пупочными грыжами. Материалы и методы Проанализированы результаты

лечения 98 больных с пупочными грыжами, находившихся на лечении в хирургическом отделении Дмитровской больницы в 2024 году. В исследования включены пациенты со средними и малыми пупочными грыжами с диаметром грыжевых ворот до 4 см, и оперативно-анестезиологическим риском не превышающим 2 балла по шкале ASA. Все пациенты были разделены на 3 группы. Первую основную группу составили 15 пациентов перенесших лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику (ТАРР), вторую основную группу составили 39 пациентов перенесших лапароскопическую интраабдоминальную герниопластику (IROM), контрольную 44 пациента, перенесших открытую преперитонеальную герниопластику. Результаты и обсуждение. Рецидива грыжеобразования отмечен у 2 (4,5%) пациентов после открытой преперитонеальной герниопластики, и у 2 (5,1%) пациентов после IROM, в группе ТАРР рецидивов не отмечено. Послеоперационные осложнения отмечены у 2 (4,5%) пациентов после открытой преперитонеальной герниопластики, в обоих случаях возникли гематомы, потребовавшие их эвакуации. В группах с лапароскопическими операциями послеоперационных осложнений не отмечено. Серомы отмечены у 2 (4,5%) пациентов контрольной группы, в 3 (7,7%) случаях после IROM и в 1 (6,7%) случае после ТАРР, ни в одном случае инвазивных манипуляций не проводились, серомы рассосались в сроки от 3 до 4 недель. Средняя длительность операции в контрольной группе составила 35 минут, в группах исследования – 51 и 45 минут соответственно. Длительность стационарного лечения составила 6 койко-дней у пациентов после открытой герниопластики, и 4 койко-дня после лапароскопических операций. Время общей нетрудоспособности у пациентов в контрольной группе составило 31 день, после IROM – 21 день, и после ТАРР – 16 дней. Лапароскопические технологии сопровождаются достоверно менее выраженным болевым синдромом, так у пациентов перенесших лапароскопические операции ко 2 суткам болевой синдром отсутствовал у 64,1% пациентов после IROM и у 80% пациентов после ТАРР. Выводы Все три вида операций сопоставимы по критериям эффективности и безопасности. Открытая преперитонеальная пластика требует меньше времени для ее проведения, ТАРР сопровождается статистически значимы снижением сроков общей нетрудоспособности. Кроме того ТАРР и IROM статистически значимо снижают выраженность болевого синдрома, что безусловно улучшает качество стационарного этапа лечения.

198. Отдалённые результаты комбинированного малоинвазивного лечения и профилактики портальных кровотечений при циррозе печени

*Михин С.В., Мозговой П.В., Мандриков В.В.,
Китаева А.В., Михин Е.С., Горбунов Д.Е.*

Волгоград

ВолГМУ

Актуальность. Этапное малоинвазивное хирургическое лечение и профилактика портальных кровотечений (ПК) у больных циррозом печени имеет особую значимость для продления сроков бестрансплантационной выживаемости (БВ). Цель исследования. Улучшение результатов лечения и профилактики ПК у пациентов с циррозом печени. Материалы и методы. Представлены отдаленные результаты лечения 304 больных с портальной гипертензией при циррозе печени с 2006 по 2025 год. При поступлении 163 (53,6%) из них отнесено к функциональному классу (ФК) С, 119 (39,2%) - к ФК В и 22 (7,2%) - к ФК А по Child. Средний возраст составил 56,1 лет, количество мужчин – 165 (54,3%), женщин – 139 (45,7%). Все пациенты разделены на 3 группы в зависимости от тактики ведения. Больным 1 (контрольной) группы (n=86) применяли только консервативные методы лечения исходя из преобладающего осложнения портальной гипертензии (постановка зонда Блэкмора в случае кровотечения, применение неселективных бета-блокаторов (НББ), патогенетическая терапия). Пациентам 2 группы (n=97) выполняли только эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВПЖ в комбинации с НББ. Больные 3 группы (n=121) вместе с НББ получали этапную малоинвазивную хирургическую коррекцию осложнений ПГ с использованием ЭЛ, лапароскопической диссекции венечной вены желудка (ЛДВВЖ), лимфовенозного анастомоза (ЛВА), TIPS, рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА). Выбор стартового метода хирургической коррекции портальной гипертензии также исходил из преобладающего осложнения. Показаниями к этапной малоинвазивной хирургической коррекции считали: острое продолжающееся ПК (n=12), необходимость вторичной плановой профилактики ПК из ВРВПЖ (n=84) с ПК в анамнезе (n=39) или срочной при состоявшемся ПК, остановленном консервативно (n=83). В группе 2 выполняли ЭЛ ВРВПЖ в 85 случаях, в 5 - ВРВПЖ GOV-1, у 7 пациентов – ВРВПЖ GOV-2 по Sarin. Максимальное количество процедур составило 188, медиана числа сеансов на 1 больного равна 2. При ЭЛ ВРВПЖ GOV-1 использовали латексные кольца, при GOV-2, IGV-1 - нейлоновые петли. Больные группы 3 получали комбинации: ЭСА+ЭЛ (n=8), ЛДВВЖ+ЭСА (n=41), ЭСА+TIPS+ЭЛ+ДВВЖ (n=37), ЛДВВЖ+ЭСА+ЭЛ (n=21). Применение ЛВА после ЭЛ (n=2), ЛДВВЖ (n=1), ЭСА (n=8), ЭЛ (n=2), ЛДВВЖ+ЭСА (n=4), ЭЛ+ЛДВВЖ+TIPS (n=1). Результаты и обсуждение. Регресс ВРВПЖ во 2 группе наблюдали у 16 (16,5%), эрадикацию - у 72 (74,2%) больных. В 7 (7,2%) случаях после первого сеанса ЭЛ (на 5 сутки) и после второго сеанса в 2 (2,1%) случаях (на 8 сутки)

ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ
«35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

развилось кровотечение из постлигатурного дефекта, остановленное с помощью стента Danis (n=4), ЭЛ (n=2), консервативно (n=3). В группе 3 у 14 (11,6%) пациентов отмечали регресс ВРВПЖ, у 96 (79,3%) эрадикацию, у 11 (9,1%) рецидив ВРВП. Число рецидивов ПК в группе 2 составило 12 (12,4%) случаев и 5 (4,1%) - в группе 3. В обеих опытных группах 42 (19,3%) пациента с ФК С перешли в стадию В, а 21 (9,6%) из стадии субкомпенсации в класс А. В контрольной группе наблюдали менее значимую динамику: 8 (9,3%) больных из класса С перешли в класс В, 5 (5,8%) пациентов из класса В - в класс А в среднем за 5 месяцев. Сроки наблюдения отдаленных результатов составили от 3 месяцев до 10 лет. Общий показатель летальности в течение первых 3 лет: 48 (55,8%) пациентов из группы 1, 18 (18,6%) из группы 2, 12 (9,9%) из группы 3. Рецидивы ВРВПЖ в течение 3 лет в группе 2 у 45 (46,4%) больных потребовали повторного ЭЛ. Спустя 5 и 10 лет БВ составила 66% и 32% соответственно. В группе 3 в течение первых 3 лет рецидив кровотечения из ВРВП произошёл в 37 (30,6%) случаях. На протяжении 7 лет у 27 (22,3%) больных группы 3 сохранился ФК В. Через 5 и 10 лет БВ составила 74% и 41% среди пациентов группы 3. Заключение. Малоинвазивное хирургическое лечение и профилактика ПК как в моноварианте так и в виде этапных комбинаций позволяет улучшить результаты лечения и профилактики ПК у больных с портальной гипертензией при циррозе печени.



ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

«35 ЛЕТ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ.
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»



МОСКВА
7-8 АПРЕЛЯ 2025 ГОДА

САЙТ КОНГРЕССА:

www.roeh.russian.surgery

ОФИЦИАЛЬНАЯ
ПОЧТА МЕРОПРИЯТИЯ:

congress@roeh.ru

