

и в отдаленные сроки — 3–6 мес. — ЭГДС. После представленных операций в течение 6 месяцев рецидивов заболевания не отмечено.

Таким образом, видеолaparоскопическая эзофагофундопликация у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с хроническими заболеваниями органов пищеварения является наиболее оптимальным методом коррекции замыкательной функции кардии и сопутствующей патологии.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ

БАРАНОВ Г.А., АКСЕНОВА С.Ю., БАХМЕТОВ Т.Р.

ГКБ им. братьев Бахрушиных, Москва
timur.bakhmetov@yandex.ru

Наиболее частыми осложнениями после операций на органах брюшной полости являются ранние осложнения в виде кровотечения, нагноения, инфильтратов и поздние — грыжеобразование.

Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ) — наиболее частая проблема как в экстренной, так и в плановой хирургии. В связи с широким внедрением в практику малотравматичных операций по лапароскопической технологии, количество раневых осложнений уменьшилось (Дуданов И.П., Соболев В.Е. Профилактика осложнений при выполнении лапароскопии в раннем послеоперационном периоде. 2005). Именно снижение травматичности следует считать основным фактором, приводящим к уменьшению рисков развития ИОХВ.

Анализ 180 наблюдений течения раневого процесса после лапароскопических холецистэктомий показал, что на брюшной стенке имеются участки, более безопасные в плане развития ИОХВ. Анатомические особенности эпигастральной и параумбиликальной области как наиболее часто используемые для троакарных доступов несколько различаются. Одним из существенных факторов является наличие лимфатической сети разной степени выраженности.

Параумбиликальная зона как наиболее насыщенная лимфатическими сосудами чаще подвержена образованию инфильтратов и нагноений (выбор операционного доступа при абдоминальных операциях с учётом строения лимфатической системы. Аксёнова С.Ю. 2011 г.). Важным является фактор дополнительной механической травматизации области лапаропорта. Растяжение тканей, их разминание хирургическими инструментами, сдавление при наклонах троакара чаще происходят в области окологрубопупочного доступа. Электротравма из-за нарушения электроизолирующего слоя инструментов может наблюдаться в эпигастральном лапаропорте, где чаще используются электрохирургические инструменты.

Регистрация ИОХВ показала, что из 90 случаев, когда окологрубопупочный доступ использовали для извлечения желчного пузыря в контейнере, нагноительные процессы были в 12,2% (11 наблюдаемых), а при эпигастральном — в 4,4% (4 наблюдения). Следует считать, что ушивание ла-

пароскопических ран брюшной стенки должно быть также максимально щадящим. Применение специальных инструментов для этих целей снижает травму тканей и ускоряет ход операции.

Таким образом, эпигастральная область является анатомически более предпочтительной для активных манипуляционных действий в отношении снижения риска ИОХВ при лапароскопических операциях.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

БРЕХОВ Е.И., КАЛИННИКОВ В.В., СЫЧЕВ А.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, кафедра хирургии с курсами
эндоскопии и детской хирургии, Москва
sychevdok@yandex.ru

Актуальность: выявление предикторов развития острого послеоперационного панкреатита (ОПП) у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на гепатопанкреатобилиарной зоне, и изучение изменений активности системы гемостаза в рамках развития ДВС-синдрома как триггера развития полиорганной недостаточности (ПОН) у больных с ОПП продолжает оставаться серьёзной проблемой современной абдоминальной хирургии.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 58 больных, из них мужчин — 36 и женщин — 22. Средний возраст — 56,2 лет. С целью определения динамики активности системы гемостаза изучен уровень тромбоцитов, АДФ-агрегация, показатели R+K по тромбоэластограмме, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс, уровни антитромбина III (АТ-III), ФПА, D-димера, ПДФ, фибринолитическая активность крови. У ряда пациентов в послеоперационном периоде отмечено развитие послеоперационного панкреатита на фоне активации системы гемостаза ещё на этапе до хирургического вмешательства. Полученные данные лабораторных исследований и клиническая картина свидетельствуют о развитии у больных гиперкоагуляционной стадии синдрома ДВС. Показатели коагулограммы демонстрируют достоверно значимую разницу между уровнем D-димера на 1-е сутки после операции у пациентов с развитием ОПП и без его развития. В динамике к третьим суткам у больных с возникшим ОПП зарегистрировано достоверное уменьшение числа тромбоцитов. При этом данные, отражающие синтез тромбина и деструкцию фибрина, были значимо выше у пациентов без развития осложнения. За первые сутки после операции у пациентов с ОПП выявлены достоверно значимые различия в показателях уровня D-димера, а также положительная корреляционная зависимость между тяжестью состояния пациентов и уровнем D-димера в плазме. Имеющийся в 1-е сутки послеоперационного периода у пациентов с ОПП высокий уровень D-димера в плазме является маркером депонирования фи-

брина в микроциркуляторном русле и его лизис в процессе протекания ДВС-синдрома, что является важным звеном формирования ПОН у больных с панкреатитом.

Результаты: выявлены предикторы формирования ОПП после вмешательств на гепатопанкреатобилиарной зоне. Сформулированы два ведущих направления прогнозирования ОПП на дооперационном этапе. Это риск интраоперационной травмы поджелудочной железы и имеющаяся у пациента фоновая готовность поджелудочной железы к развитию ОПП. В результате создана прогностическая шкала, позволившая распределить пациентов на группы с низким, средним и высоким рисками развития ОПП. Результаты практической проверки прогностической шкалы соответствуют 97,2% верных результатов.

Выводы: по полученным данным проведенного исследования, создана шкала прогнозирования развития острого послеоперационного панкреатита. Выделены 3 прогностические группы: с низким риском развития острого послеоперационного панкреатита, со средним и высоким рисками развития. Исследована роль активации системы гемостаза в формировании полиорганной недостаточности у больных с острым послеоперационным панкреатитом. Уровень D-димера у пациентов, перенесших вмешательства на гепатопанкреатобилиарной зоне, позволяет прогнозировать уровень развития острого послеоперационного панкреатита и полиорганной недостаточности.

ЯЗВА ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ МИНИ-ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (MINI-GASTRIC BYPASS). КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**ВАСИЛЕВСКИЙ Д.И., КИТАЕВА М.А., АХМАТОВ А. М.,
КОРОЛЬКОВ А.Ю., ПОПОВ Д.Н.**

*ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург
m-kitaeva@yandex.ru*

Шунтирующие желудок операции (gastric bypass) в настоящее время являются наиболее распространенным и популярным методом хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений. Методика предполагает формирование малого по объему желудка (без удаления отключенной части органа) и восстановление непрерывности пищеварительного тракта за счет формирования гастроэнтероанастомоза в различных вариантах.

По данным Международной ассоциации бариатрической хирургии IFSO (Third IFSO Global Registry Report), в 2017 году в мире было выполнено 196198 оперативных вмешательств по поводу избыточной массы тела, из них почти половина — различные варианты желудочного шунтирования. В России за 2017 год было выполнено 3346 бариатрических хирургических вмешательств, 13% — шунтирующие желудок операции.

К недостаткам данной методики лечения ожирения относятся возможные специфические осложнения, наиболее частым из которых является образование язв в зоне гастроэнтероанастомоза. По данным литературы, подобный вид

негативных последствий отмечается в 5–10% случаев желудочного шунтирования.

Основными причинами образования язв гастроэнтероанастомоза считаются большие размеры культи желудка (сохранение продуцирующей гастрин зоны) и попадание в ее просвет содержимого двенадцатиперстной кишки при выполнении операции на Ω -петле (mini gastric bypass). Важную роль может играть инфицирование *H. Pylori*. В редких случаях причиной может быть наличие у пациента не диагностированной гастрин-продуцирующей опухоли.

Пациент мужского пола, 41 года, в связи с избыточной массой тела в 2016 году перенес желудочное шунтирование (mini gastric bypass) с хорошим клиническим эффектом. Редукция веса после хирургического лечения ожирения — 60 кг, ИМТ — 30,9 кг/м². Рекомендаций по диетотерапии не придерживался. Через четыре месяца после желудочного шунтирования была выявлена язва гастроэнтероанастомоза (диаметром 1,5 см) — в связи с возникшим из нее кровотечением. Пациенту был проведен курс консервативного лечения в условиях стационара, язва зарубцевалась. В дальнейшем осуществлялась терапия язвенной болезни, эрадикация *H. pylori*.

Через полгода после эпизода кровотечения из язвы гастроэнтероанастомоза развился интенсивный болевой синдром с локализацией в верхних отделах живота. С подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости в экстренном порядке пациент поступил в хирургическую клинику ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

При обследовании в зоне гастроэнтероанастомоза повторно диагностирован язвенный дефект неправильной формы, размерами 2,5 см и глубиной до 0,8 см, с некротическими изменениями в краях. Культи желудка маленькая. Данных за перфорацию не получено. Других повреждений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта не выявлено. Дно язвы выполнено грязно-серого цвета фибрином. Осмотренная на 40 см отводящая петля без дефектов слизистой.

Пациент был госпитализирован на отделение гастроэнтерологии, где проводилась терапия препаратами висмута и ингибиторами протонной помпы с положительным эффектом. Болевой синдром купирован. От контрольного эндоскопического осмотра пациент отказался, и через две недели от момента поступления был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией консультации в клинике, где выполнялось желудочное шунтирование, для обсуждения вопроса о выполнении реконструктивной операции.

В последующем пациенту была осуществлено успешное повторное хирургическое вмешательство — резекция культи желудка с восстановлением непрерывности пищеварительного тракта в варианте Roux-Y, удаление отключенной части желудка.

Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует возможность развития язвы гастроэнтероанастомоза при технически правильном и обоснованном выполнении широко применяемой в лечении ожирения и метаболических нарушений операции — мини-желудочного шунтирования.