

ре и снизить расходы на лечение больного. Особенности конструкции лапаролифта делают его простым и доступным для применения в хирургической практике.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ – НЕОБХОДИМЫЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**ДЕМИН Д.Б., ФУНЫГИН М.С., СОБОЛЕВ Ю.А., СОЛОДОВ Ю.Ю.**

*Оренбургский государственный медицинский университет,*

*ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова*

*demindb@yandex.ru*

Актуальность. Среди объемных образований печени эхинококкоз выявляется достаточно часто, особенно в Оренбургской области, которая является эндемичной по данному заболеванию. Оперативные вмешательства при этой патологии в большинстве хирургических клиник нашей страны традиционно выполняются лапаротомным доступом. Являясь сторонниками минимизации агрессии доступа, мы выполняем операции при эхинококковых кистах печени при помощи лапароскопической техники.

Цель работы: оценить целесообразность лапароскопической хирургии в лечении эхинококкоза печени.

Материал и методы. В 2014–2017 гг. в университетской клинике хирургии ОрГМУ на базе городской клинической больницы им. Пирогова г. Оренбурга вмешательства лапароскопическим доступом при эхинококкозе печени нами выполнены у 25 пациентов. Все операции были плановыми. Резекции печени (перицистэктомии) выполнены у 14 пациентов, в том числе в 7 случаях при погибшем и в 7 случаях – при живом эхинококке. Методики резекционных вмешательств: в 7 случаях выполнены атипичные сегментарные резекции, в 5 – резекции левого латерального сектора печени, в 2 – резекции правого латерального сектора. У 11 пациентов – выполнена эхинококкэктомия.

Результаты. Размер патологических образований варьировал от 4 до 12 см в диаметре. На этапе освоения мы предпочитали оперировать в лапароскопической технике пациентов с «передними» и «боковыми» (SII-VI) локализациями эхинококковых кист. По мере приобретения опыта начали осуществлять вмешательства при задних расположениях кист (SVII-VIII). При передних и боковых локализациях кист положение пациента на операционном столе – стандартная French-position. При локализации образований в SVII-VIII вмешательство выполняли в положении больного на левом боку (как при правосторонней адреналэктомии), что позволяет после пересечения правой треугольной связки и диссекции агеа нуда получить необходимый доступ к задним сегментам печени. В двух случаях имели место парные кисты диаметром по 10 см в SVI-VII и SV-VIII по типу «песочных часов», в остальных наблюдениях – кисты были одиночными. В одном наблюдении у пациента, до этого дважды оперированного в другой клинике лапаротомным доступом, нами была выполнена перицистэктомия по поводу рецидивного эхинококка SIV. В процессе вмешательств стандартно применяли ультразвуковую энергию и биполярный коагулятор. В случае необ-

ходимости дополнительный гемостаз осуществляли монополярным шаровым электродом, применяли аппликацию местных гемостатических средств (тахокомб, серджисел). При визуализации по линии резекции трубчатых структур дополнительно прошивали узловыми швами.

По умолчанию отдавали предпочтение резекционным методикам. Выбор (в ряде случаев) эхинококкэктомии был вынужденным вследствие выявленного при компьютерной томографии интимного прилегания к фиброзной оболочке эхинококка магистральных трубчатых структур печени. Методика лапароскопической эхинококкэктомии была аналогична таковой при «открытых» вмешательствах, но, кроме того, мы максимально иссекали фиброзную капсулу кисты с прилежащими участками паренхимы печени для минимизации размеров остаточной полости. Капитонаж остаточной полости не производили.

Конверсии, осложнения и летальные исходы отсутствовали в нашем клиническом материале. В одном наблюдении после резекционного вмешательства отмечено незначительное желчеистечение по страховому дренажу, которое самостоятельно прекратилось к 5 суткам послеоперационного периода. Дренажные трубки удаляли на 3–5 сутки. Обязательным был ультразвуковой контроль перед выпиской пациента. Ни в одном случае остаточных жидкостных полостей не было обнаружено. Все пациенты были выписаны на 7–8 сутки после операции, мы прослеживаем их катамнез, рецидива эхинококкоза не выявлено.

Выводы: наличие современного оборудования и необходимых навыков позволяет безопасно и эффективно применять лапароскопические технологии в хирургии эхинококковых кист печени. Это подтверждает целесообразность широкого внедрения данной методики вмешательства в хирургических стационарах. По нашему мнению, при данной патологии следует отдавать предпочтение резекционным методикам, уменьшающим риск образования остаточных полостей и развития рецидива заболевания.

## ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КАРДИОЭЗОФАГАЛЬНОМ ПЕРЕХОДЕ

**КАЗАКОВА С.С., ШИШИН К.В., НЕДОЛУЖКО И.Ю., КУРУШКИНА Н.А., ШУМКИНА Л.В.**

*Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва*

*s.kazakova@mknc.ru*

Актуальность: Оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе в анамнезе могут являться относительным противопоказанием для выполнения пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ). Степень выраженности фиброза в подслизистом пространстве играет ключевую роль в возможности выполнения тоннельной операции и ее безопасности.

Цель: Оценить безопасность пероральной эндоскопической миотомии у пациентов, ранее оперированных на кардиоэзофагальном переходе.

Материал и методы: В период с июля 2014 г. по февраль 2018 г. на базе Московского клинического научного

центра у 38 пациентов, ранее перенесших оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе, была выполнена ПОЭМ. У 36 (94%) из 38 пациентов ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации, у 1 (3%) – лапароскопическая операция Геллера, у 1 (3%) – эзофагогастропликация.

Результаты: Всем пациентам был выполнен стандартный объем эндоскопической миотомии. Среднее время оперативного вмешательства составило 107 мин (55–195 мин), что сопоставимо с нашими данными, ранее полученными у пациентов, которым ПОЭМ была выполнена в качестве первого шага в лечении нервно-мышечного заболевания стенки пищеводно-желудочного перехода (103 мин (45–180 мин)). Во время операции оценивалась степень выраженности фиброза подслизистого слоя. Отсутствие фиброза оценивалось как – F0, средний фиброз – F1 (при визуализации подслизистого слоя определяется белесоватая тяжистость), интенсивный фиброз (F2) – когда при инъекции раствора под слизистую оболочку стенки ее подслизистый слой не дифференцируется.

При оценке степени выраженности фиброза F0 степень была выявлена в 9 (24%) наблюдениях, F1 – 26 (68%), максимально выраженный фиброз (F2) выявлен в 3 (8%) наблюдениях у пациентов, которым ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации. У пациентов после операции Геллера и эзофагогастропликации степень выраженности фиброза достигала F1, несмотря на ожидаемую более существенную выраженность фиброза.

Технический успех оперативного вмешательства был достигнут в 100% случаев. Интраоперационных осложнений, повлиявших на тактику оперативного вмешательства, ни в одном наблюдении не было зарегистрировано. При рентгенологическом исследовании с водорастворимым контрастным веществом в первые сутки признаков нарушения эвакуации и затеков контрастного вещества за пределы пищевода выявлено не было. Койко-день составил 3 дня, средний послеоперационный койко-день – 2 дня.

Выводы: Оперативные вмешательства по поводу ахалазии кардии в анамнезе не являются противопоказанием к выполнению ПОЭМ и существенно не влияют на ход и успешность эндоскопического эндолюминального оперативного вмешательства, направленного на окончательное устранение клинической манифестации заболевания.

### **АНТЕГРАДНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ У ПАЦИЕНТОВ СО СФОРМИРОВАННЫМ БИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗОМ**

**КУЛЕЗНЕВА Ю.В., НЕДОЛУЖКО И.Ю., МЕЛЕХИНА О.В., ПАТРУШЕВ И.В.**  
Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва  
igor-patrushev@mail.ru

Актуальность. Внутрипеченочный холангиолитиаз (ХЛ) является большой проблемой, особенно у пациентов со сформированным билиодигестивным анастомозом (БДА). При невозможности ретроградного доступа в желчные про-

токи литоэкстракция (ЛЭ) может быть произведена в полном объеме через чрескожный чреспеченочный доступ, в том числе с использованием антеградной холангиоскопии и методики «рандеву».

Материалы и методы. За период с 2015 по 2018 годы на базе МКНЦ находились на лечении 10 пациентов со сформированным по поводу рубцовой стриктуры БДА и внутрипеченочным ХЛ разной степени выраженности. Все пациенты поступали с клинической картиной хронического рецидивирующего холангита, которой в некоторых случаях сопутствовал симптомокомплекс механической желтухи. Предоперационное инструментальное обследование включало трансабдоминальное УЗИ и МР-холангиографию. Конкременты преимущественно располагались в проекции БДА, в 2-х наблюдениях был диагностирован тотальный внутрипеченочный ХЛ. В связи с большой длиной Ру-петли, эндоскопический доступ к зоне анастомоза в подавляющем большинстве случаев был затруднен, поэтому первичное вмешательство с целью билиарной декомпрессии и попытки ЛЭ выполнялось чрескожно чреспеченочно под контролем УЗИ и РТВ. При невозможности удаления конкрементов только рентгенохирургическими методами выполняли повторные антеградные вмешательства совместно со специалистами оперативной эндоскопии.

Результаты. Среди пациентов данной группы было 8 женщин и 2 мужчин в возрасте от 27 до 82 лет. У 7 пациентов БДА был сформирован в связи с ятрогенной травмой желчных протоков при выполнении холецистэктомии, у 2 пациентов – во время выполнения резекций печени и внепеченочных желчных протоков, у 1 пациента – во время выполнения панкреатодуоденальной резекции по поводу рака терминального отдела холедоха. При первичном вмешательстве у 7 из 10 пациентов при прямой холангиографии была диагностирована рубцовая стриктуры БДА и выполнена баллонная дилатация анастомоза. Из них у 6 больных конкременты, располагавшиеся в зоне БДА, были смещены в тонкую кишку с помощью баллонного катетера, либо они мигрировали в просвет кишки самостоятельно после расширения просвета анастомоза.

Повторные вмешательства с целью ЛЭ выполнялись у 4 пациентов. В 3 случаях из 4 конкременты удалялись при антеградной холангиоскопии с помощью корзины Дормиа. У 1 пациента после ПДР с тотальным внутрипеченочным ХЛ литоэкстракция проводилась по методике «рандеву», при этом удалось выполнить ретроградный эндоскопический доступ к зоне БДА. Конкременты извлекались корзиной Дормиа и экстракционными баллонами.

В 2-х случаях тотального внутрипеченочного ХЛ выполнить ЛЭ в полном объеме за одно вмешательство не представлялось возможным, что было связано с особенностями анатомии желчного дерева и расположением конкрементов в субсегментарных желчных протоках. Извлечение конкрементов произведено в несколько этапов. Ни в одном из наблюдений осложнений, связанных с манипуляциями, летальных исходов отмечено не было. Пациентам с рубцовыми стриктурами БДА после выполнения ЛЭ был продолжен курс баллонных дилатаций с длительным