

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И «КЛАССИЧЕСКОЙ» АППЕНДЕКТОМИИ

ТЕВЯШОВ А.В., МАКАНОВ О.А., БЫКОВ А.С., АВАКЯН Е.И.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

jugine-84@mail.ru

Актуальность. Требованиями сегодняшнего дня в хирургии являются не только выполнение высокотехнологичных операций, но и достижение высокого уровня реабилитации пациентов после этих вмешательств. Острый аппендицит – самое частое заболевание в структуре ургентной патологии брюшной полости. В ряде клиник Европы лапароскопическая аппендэктомия практически вытеснила традиционный хирургический метод, и соотношение эндоскопических и «классических» операций при аппендиците составляет 17:1.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2017 гг. на базе клиники госпитальной хирургии «Ярославского государственного медицинского университета» в ГАУЗ ЯО Клиническая больница №9 г. Ярославля было выполнено 1574 аппендэктомии. Возраст пациентов варьировал от 15 до 87 лет (средний возраст $37,44 \pm 16,1$ лет). Мужчин было 818 (52%), женщин – 756 (48%), в том числе беременных 19 (3,3%). 7 пациентам (0,4%) хирургическое вмешательство было проведено по поводу хронического аппендицита (после перенесенного ранее аппендикулярного инфильтрата), остальным 1567 (99,56%) – по поводу острого аппендицита. В структуре острого аппендицита преобладала флегмонозная форма – у 1064 (67,6%) больных, катаральная форма заболевания встретилась у 167 (10,6%)-, гангренозная – у 343 (21,8%) больных.

«Классическая» аппендэктомия доступом Волковича-Дьяконова была выполнена 1449 пациентам (92%). Данный вид вмешательства проводился больным со всеми формами аппендицита. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена в 61 (3,9%) случае и проводилась у пациентов с катаральной и флегмонозной формой острого аппендицита и при хроническом аппендиците. При лапароскопической аппендэктомии обработка культи червеобразного отростка выполнялась лигатурным методом узлом Редера с клипированием аппендикулярной артерии. Операция заканчивалась дренированием брюшной полости контрольным трубчатым дренажем. При наличии у больного разлитого или тотального перитонита аппендэктомия проводилась традиционным способом путем срединной лапаротомии. Данный вид доступа использован у 64 (4,1%) больных.

Результаты. После «классической» аппендэктомии осложнения наблюдались у 6 пациентов (0,4%). Среди осложнений таких операций в 2-х случаях наблюдались гематомы послеоперационной раны, в 2-х – абсцесс послеоперационной раны, в 1-м – серома послеоперационной раны. Все указанные осложнения потребовали экстренного хирургического пособия в виде вскрытия и дренирования раны. У 1-го больного послеоперационный период осложнился ранней спаечной кишечной непроходимостью,

в связи с чем была проведена лапаротомия с рассечением спаек. После аппендэктомии путем срединной лапаротомии осложнения встретились у 2 больных (3,1%): у одного из них был выявлен абсцесс послеоперационной раны, у другого – лигатурные свищи, что также потребовало выполнения экстренных оперативных вмешательств. После лапароскопической аппендэктомии осложнений зафиксировано не было.

Средний койко-день после лапароскопической аппендэктомии составил $6,26 \pm 1,35$, после «классической» – $7,79 \pm 1,0$ ($p < 0,05$), после аппендэктомии из срединной лапаротомии – $13,88 \pm 11,18$ ($p < 0,05$). Продолжительность операции значимо не отличалась при лапароскопической и традиционной аппендэктомии и составила соответственно $60,0 \pm 11,3$ и $60,2 \pm 8,6$ минут ($p > 0,05$), при аппендэктомии путем срединной лапаротомии – $80,6 \pm 12,3$ минут ($p < 0,05$).

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия имеет неоспоримые преимущества перед «классическим» хирургическим вмешательством, что выражается в снижении количества послеоперационных осложнений и уменьшении койко-дня. При этом длительность операции при обеих методиках значимо не отличается.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОННЕЛЬНАЯ ДИСЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

ХВОРОВА И.И., ШИШИН К.В., НЕДОЛУЖКО И.Ю., КУРУШКИНА Н.А., ШУМКИНА Л.В.

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

irina-xvorova@mail.ru

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) представляют собой гетерогенную группу с-KIT-позитивных мезенхимальных опухолей со специфическими гистологическими характеристиками. Основным механизмом, ответственным за развитие данного новообразования, – гиперэкспрессия клетками опухоли тирозинкиназного рецептора фактора стволовых клеток с-KIT (CD117) и его гиперактивация. Наиболее часто гастроинтестинальные стромальные опухоли встречаются в желудке – до 60–70 %. Ведение пациентов с ГИСО представляет комплексную проблему в онкологии и хирургии, так как все гастроинтестинальные стромальные опухоли являются потенциально злокачественными. Потенциал злокачественности зависит от локализации, размера опухоли и от митотического индекса. Основными путями генерализации гастроинтестинальной стромальной опухоли является метастазирование в печень и распространение по брюшине. Вопрос о хирургическом лечении ГИСО долгое время остается спорным. Отмечавшееся на протяжении многих лет сдержанное отношение к хирургическому лечению подслизистых миогенных новообразований сейчас претерпевает трансформацию в более агрессивную тактику. Если подслизистую опухоль нельзя верифицировать с высокой степенью достоверности, настоятельно рекоменду-

ется удалить ее, особенно при размерах опухоли больше 2 см и изменении ее структуры при динамическом наблюдении. В последнее время при удалении опухолей небольшого размера стали применяться новые внутрисветные эндоскопические технологии. Несколько методик эндоскопического удаления в равной степени присутствуют в арсенале эндоскопической хирургии. В настоящее время интерес авторов представляют тоннельные методы, в том числе в лечении опухолей неэпителиального происхождения. Суть операции заключается в формировании тоннеля в подслизистом слое желудка через разрез слизистой оболочки и энуклеация опухоли с сохранением целостности капсулы.

Материалы и методы. С марта 2014 года было прооперировано 19 пациентов с ГИСО по тоннельной методике. Всего удалено 22 новообразования. Среди пациентов было 4 мужчин и 15 женщин. Средний возраст пациентов составил 62,8 лет. Все оперативные вмешательства проводились в условиях операционной под общей анестезией. Среди прооперированных были как пациенты с впервые выявленными новообразованиями, так и пациенты, длительно наблюдавшихся по поводу подслизистых опухолей. Показанием к операции у данных пациентов являлась отрицательная динамика по данным эндосонографии (ЭУС) в виде увеличения размеров опухоли или изменения ее структуры. Средний размер опухолей составил 17 мм, наименьшее из новообразований было 15 мм, наибольшее – 37 мм.

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом. Средняя продолжительность операции 150,8 минут. Интраоперационный карбоксиперитонеум развился у 4 пациентов – купирован абдоминальной декомпрессией при помощи иглы Вереша. Других осложнений периоперационного периода не наблюдалось. Затеков контрастного вещества при контрольном рентгенологическом исследовании не выявлено. По результатам ИГХ восемь удаленных новообразований желудка оказались ГИСО низкой степени злокачественности, пять опухолей отнесли к промежуточной группе. Четыре новообразования, в том числе мелкие при множественном поражении, были лейомиомами. Двое пациентов отказались от проведения ИГХ. При динамическом наблюдении с проведением ЭГДС и КТ органов брюшной полости признаков рецидива и прогрессирования болезни выявлено не было.

Заключение. Эндоскопическая резекция представляет собой решение дилеммы хирургического лечения небольших подслизистых опухолей миогенного происхождения. Внедрение миниинвазивных методик основано на наблюдении, что небольшие ГИСО ограничены фиброзной капсулой и за счет этого не метастазируют в лимфоузлы. Онкологическая обоснованность данных операций базируется на отсутствии рецидивов и прогрессирования болезни за период наблюдения. Кроме того, минимизация доступа значительно сокращает число осложнений и продолжительность периода реабилитации пациентов после операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОФУНДАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

ХОРОБРЫХ Т.В., КОРОТКИЙ В.И., САЛИХОВ Р.Е., КАКОТКИН Н.П.

Первый МГМУ им И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко

Кафедра факультетской хирургии №1, Москва

dr.korotkiy@mail.ru

Актуальность. Хирургическое лечение больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) часто сопряжено с большим количеством технических трудностей, которые вызваны размерами грыжи, изменениями в области пищеводно-желудочного перехода, атрофией медиальных ножек диафрагмы. В связи с этим спорными являются вопросы выбора оптимального метода антирефлюксной операции и метода восстановления пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) как при открытой операции, так и при лапароскопической.

Материал и методы. С 2006 по 2017 годы выполнено 82 (23,9%) операции у больных с большими ГПОД: 48 (58,5%) – кардиофундальная (КФ), 27 (33,0%) – субтотальная (СТ), 2 (2,4%) – тотальная и 5 (6,0%) – параэзофагеальная (ПЭ) ГПОД. Виды операций: 32 (39,0%) лапароскопические (КФ – 21, СТ – 11) и 50 (61%) – из лапаротомного доступа (КФ – 27, СТ – 16, тотальная – 2, ПЭ – 5). Средний возраст пациентов составил 62,1 года (44 – 83). Длительность заболевания 7,9 лет. Рефлюкс-эзофагит (РЭ) – у 68 (82,9%) пациентов, дисфагия – у 29 (35,4%): развитие пептической стриктуры – у 20 (24,4%), компрессия пищевода содержимым грыжевого мешка – у 9 (11%). Внепищеводные симптомы – у 45 (55,0%) больных, в т.ч. у 14 – бронхолегочный, у 32 – гастрокардиальный. Укорочение пищевода (УП) – у 77 (94%) пациентов, в т.ч.: у 8 (9,7%) – 1-й степени, у 69 (84,1%) – 2-й степени.

Этапы операции: низведение грыжевого содержимого, иссечение грыжевого мешка, симметричная фундо- или гастропликация по Черноусову при 1-й или 2-й степени УП, задняя круорофия. Проведено 19 фундопликаций (эндоскопически – 10) – при УП 1-й степени и 62 гастропликации (эндоскопически – 22) – преимущественно при УП 2-й степени.

Средний диаметр пищеводного отверстия диафрагмы – 7 см. Дефекты ПОД всегда устранялись без установки аллотрансплантатов с помощью задней круорофии. Поперечная пилоропластика была выполнена только при лапаротомии у 21 (25,3%) пациента. Осложнения во время операции – у 7 больных (у 2 – кровотечение, у 4 – вскрытие плевры, у 1 – травма кардии); все устранены во время операции без конверсии, на послеоперационный период не повлияли.

Результаты. Средний койко-день при лапаротомии – 7,2; при лапароскопии – 5,6. Рентген исследование брюшной полости с контрастированием: порционное поступление контраста из пищевода в желудок у 81 (98,7%)