

пациента. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у 12 пациентов, в т.ч.: у 4 – дуоденостаз, гастростаз, у 1 – бронхоспазм, у 1 – рецидив ГПОД (неполное иссечение грыжевого мешка), у 1 – явления сердечной недостаточности, у 2 – послеоперационный реактивный панкреатит, у 2 – гиперфункция манжеты.

Указанный рецидив ГПОД (у 1 пациента) потребовал проведения повторной операции (лапаротомия, реконструктивная гастропликация), гиперфункция манжеты (в 1 случае ликвидирована дилатацией, в другом купировать гиперфункцию манжеты удалось только повторной операцией – лапаротомией, рефундопликацией). Остальные осложнения разрешены консервативно. Рецидивов РЭ, осложнений в отдаленном периоде не выявлено.

Адекватно функционирующая манжета располагалась в заднем средостении у 21 пациента. Крурорафия была эффективна у всех пациентов вне зависимости от изначальных размеров ПОД.

Обсуждение. Лечение больших ГПОД всегда сопряжено с УП (93% случаев).

Цель антирефлюксных операций – создание эффективной манжеты, которая работает вне зависимости от расположения относительно диафрагмы. Устранение дефекта ПОД всегда возможно без аллопластики. Оперативное пособие может быть выполнено лапароскопически.

Выводы и рекомендации.

1. Формирование симметричной манжеты по Черноусову – оптимальный метод антирефлюксной операции у больных с большими ГПОД при УП.

2. Правильно сформированная манжета корректирует РЭ вне зависимости от ее расположения относительно диафрагмы, а ее фиксация к окружающим тканям – ошибочна.

3. Полное иссечение грыжевого мешка – эффективная профилактика рецидива грыжи.

4. Задняя крурорафия дает возможность эффективно устранить дефект ПОД без аллопластики.

5. Операция выполнима и эффективна при использовании лапароскопии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТНЫМИ СКОПЛЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., НЕЧИПАЙ А.М., КОМИССАРОВ Д.Ю., КОРЖЕВА И.Ю., ВЕНГЕРОВ В.Ю.

*ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
komissar1985@rambler.ru*

Актуальность темы: Общемировая заболеваемость острым (ОП) и хроническим панкреатитом (ХП) за последние 30–40 лет увеличилась более чем вдвое. Особого внимания заслуживают сопровождающиеся формированием панкреатогенных постнекротических жидкостных скоплений (ППЖС) осложненные формы панкреатита. Согласно

рекомендациям европейского эндоскопического общества (ESGE), базирующимся на S3-Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) 2012 г., «золотым стандартом» в лечении пациентов с псевдокистами поджелудочной железы при ХП признана ЭУС-ассистированная эндоскопическая цистогastro- или цистодуоденостомия. Однако анализ последних публикаций и личный опыт авторов демонстрируют более широкие возможности применения эндоскопии, в том числе при ОП. Выбор метода лечения пациентов с ППЖС определяется фазой и распространенностью деструктивных изменений. Широко применяются открытые хирургические и миниинвазивные чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства (МЧКВ). Тем не менее, первые сопряжены с длительным лечением и повторными операциями, вторые – с ограниченностью доступа и невозможностью широкой «ревизии» инфицированных ППЖС. На этом фоне применение эндоскопических ЭУС-ассистированных методик представляется перспективным в лечении пациентов с осложненным панкреонекрозом.

Материалы и методы. С 2014 г. в ГКБ им. С.П. Боткина при ППЖС применяются эндоскопические методы лечения. За истекший период в клинику обратились 235 пациентов с деструктивными формами панкреатита, 163 из них проведено разного рода хирургическое лечение. 38 (23,3%) из 163 пациентов в разных фазах течения ППЖС были выполнены 42 эндоскопические вмешательства: в острой фазе инфицированных скоплений – у 3 из 38, в фазе walled-off pancreatic necrosis (WOPN) – у 10, при псевдокистах ПЖ – у 25 (в т.ч. у 5 – при их инфицировании). Среди них: внутрисветная ЭУС-ассистированная цистогastro- (цистодуоденостомия) пластиковыми или нитиноловыми саморасширяющимися стентами (СРС), в т.ч. мультифокусное дренирование ППЖС. В части случаев – с дополнительной установкой цистоназального дренажа или ретроградным транспапиллярным дренированием ППЖС через вирсунгов проток. После имплантации СРС, придающих сформированному свищу каркасность, по показаниям выполнялись этапные эндоскопические некрсеквестрэктомии и санация ППЖС растворами антисептиков.

Результаты: Технический успех лечения был достигнут во всех 42 (100%) случаях, клинический успех – в 41 (97,6%), в 1 (2,4%) случае потребовалось МЧКВ для дополнительного дренирования гигантского ППЖС.

Осложнения: а) миграция СРС в полость ППЖС – 2 (4,7%) случая (с успешной эндоскопической коррекцией), б) аррозивное кровотечение, купированное эндоскопически – 1 (2,4%), в) спонтанный пневмоперитонеум, устраненный лапароскопическим дренированием брюшной полости – 1 (2,4%), г) инфицирование псевдокист ПЖ – в 9 (21,4%) случаях (в 8 из них – при левом типе панкреонекроза, что, с учетом системного характера, рассматривалось как форма специфических вариантов течения

при дренировании ППЖС указанной локализации), д) рецидивы ППЖС – 2(4,7%).

Заключение: ЭУС-ассистированное эндоскопическое лечение пациентов с ППЖС – перспективный метод, демонстрирующий сопоставимые с хирургическим методом результаты, но обладающий преимуществами перед ним благодаря малой травматичности и неограниченной повторяемости. Преимущества метода перед МЧКВ заключается в возможности выполнения некрсеквестрэктомии, санации, наружного и внутреннего дренирования ППЖС.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

ШАПОВАЛЬЯНЦ С.Г., ФЕДОРОВ Е.Д., ФРЕЙДОВИЧ Д.А.,

ВЕСЕЛОВА В.С.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

ГКБ №31, Москва

sgs31@mail.ru

Актуальность проблемы. Методом выбора лечения холедохолитиаза являются транспапиллярные эндоскопические вмешательства. Однако в 15–25% наблюдений они не приводят к полной санации желчных путей в связи с размерами, формой и количеством конкрементов, особенностями анатомии панкреатобилиарной зоны и другими факторами. Выбор метода лечения в этой группе представляет сложности и характеризуется высокой частотой осложнений.

Материалы и методы. В настоящем исследовании представлены особенности хирургической тактики у 302 пациентов со сложными формами холедохолитиаза, включающими крупный размер – более 15 мм, нестандартную форму и локализацию конкрементов (228 наблюдений), нарушение анатомии панкреатобилиарной области (74 наблюдения), а также микролитиаз. Использован спектр инструментальных методов диагностики и разрешения холедохолитиаза, среди которых основное место отведено эндоскопическим транспапиллярным вмешательствам в сочетании с различными техническими приемами, а также традиционные трансабдоминальные хирургические и лапароскопические операции.

Результаты. При сомнительных клиничко-anamнестических данных разработана система диагностики патологических изменений гепатикохоледаха и БСДК, позволяющая объективно отразить вероятность холедохолитиаза на основе доступных ультразвуковых и лабораторных показателей, чувствительность которой составила 90%. Применение разработанной диагностической системы позволяет сократить число напрасных инвазивных методов исследования желчных протоков, а также снизить количество больных с ПХЭС. Доказана высокая эффективность транспапиллярных вмешательств в разрешении сложного холедохолитиаза и его осложнений.

Затрудненная литоэкстракция отмечена при крупном холедохолитиазе в 33,0%, при фасетчатых конкрементах – в 76,9%, при тубулярном сужении интрапанкреатического отдела холедаха – в 52,4%, при синдроме Мирizzi – в 94,7% случаев. Доступ к БСДК затруднен после резецирующих операций на желудке и гастрэктомии – частота неудач в достижении области БСДК стандартным дуоденоскопом составляет 60,9%. Однобаллонная интестиноскопия позволяет повысить возможности выполнения транспапиллярных вмешательств до 71,4%. Сложная канюляция БСДК встречается у 23,5% больных с парапапиллярными дивертикулами ДПК, у 51,9% пациентов со стенозами БСДК и 88,9% человек с интраампулярными новообразованиями БСДК.

Осложнения эндоскопических ретроградных вмешательств отмечены у 8,7% пациентов со сложным холедохолитиазом.

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются высокоэффективными способами лечения сложных форм холедохолитиаза – разрешить механическую желтуху удается у 94,0%, а полная санация желчевыводящих протоков возможна у 66,9% пациентов. Вместе с тем, чрезмерная настойчивость в попытках извлечь конкременты гепатикохоледаха исключительно эндоскопическим путем значительно увеличивает вероятность развития жизнеопасных осложнений и число летальных исходов. Это обосновывает в ряде случаев необходимость своевременного отказа от малоинвазивного лечения сложного холедохолитиаза в пользу традиционной хирургической операции.

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются высокоэффективными способами лечения сложных форм холедохолитиаза – разрешить механическую желтуху удается у 94,0%, а полная санация желчевыводящих протоков возможна у 66,9% пациентов. Вместе с тем, чрезмерная настойчивость в попытках извлечь конкременты гепатикохоледаха исключительно эндоскопическим путем значительно увеличивает вероятность развития жизнеопасных осложнений и число летальных исходов. Это обосновывает в ряде случаев необходимость своевременного отказа от малоинвазивного лечения сложного холедохолитиаза в пользу традиционной хирургической операции.

ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОВ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ

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

ПЯТАКОВА А.В.

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

l.shumkina@mknc.ru

Актуальность. Хирургические вмешательства на пищеводе относятся к группе операций «высокого риска», поскольку могут привести к таким грозным осложнениям, как несостоятельность швов анастомоза, кровотечение и образование послеоперационных свищей и стриктур. Результаты систематического анализа наиболее крупных серий наблюдений, опубликованных за последние 20 лет, показывают частоту послеоперационной несостоятельности анастомозов около 3% после открытых и 2,1% после лапароскопических операций, без достоверных различий в зависимости от характера оперативного доступа. Однако анализ суммарного мирового опыта, с учетом малых статистических данных, показывает среднюю частоту несостоятельности швов анастомоза (НША) на уровне 7–8%. Эти же сообщения свидетельствуют о том, что показатели послеоперационной летальности в этой группе пациентов достигают 30% и не имеют существенной динамики к снижению. Агрессивные подходы к лечению больных при