

после стандартной подготовки, включающей бесшлаковую диету и подготовку кишечника препаратом Мовипреп.

Результаты. В результате проведения капсульных исследований у 6-ти пациентов были обнаружены скрытые источники кровотечения: у 1-го пациента — множественные ангиодисплазии, которые интерпретированы как вероятные источники скрытого кровотечения; у 4-х — множественные линейные эрозии или афты слизистой тонкой кишки; в 1-м случае — изъязвление с тромбированным сосудом в дне и фрагменты гематина в содержимом кишечника. У 2-х из 8-ми пациентов источники кровотечения в желудочно-кишечном тракте обнаружены не были.

Заключение. Наш опыт показывает, что в большинстве случаев капсульная эндоскопия с возможностью панорамного обзора является надежным методом диагностики ЖКК неясной этиологии.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГРИНЦОВ А.Г., СОВПЕЛЬ О.В., МАТЕ В.В., СОВПЕЛЬ И.В., ШЕСТОПАЛОВА А.Д.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк
ntiy_work@mail.ru

Актуальность проблемы снижения анестезиологического и операционного риска при лапароскопических вмешательствах заключается в создании напряженного карбоксиперитонеума, что, в свою очередь, влияет на функцию сердечно-легочной системы. Создание карбоксиперитонеума влечет за собой ряд побочных последствий и может стать причиной развития серьезных интра- и послеоперационных осложнений у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Цель исследования: разработать и внедрить безгазовый способ создания «рабочего пространства» для осуществления лапароскопических вмешательств, исключающий повышение внутрибрюшного давления.

Материалы и методы исследования: с целью выполнения безгазовой лапароскопии путем лапаролифтинга нами предложен лапаролифт собственной конструкции (Пат. 10315 А Украина, МПК А61В17/02. Устройство для безгазовой лапароскопии / заявители и патентообладатели: Байдо С.В., Гринцов А.Г., Совпель О.В., Мате В.В.) Конструкция лапаролифта представляет собой спиралевидный по форме конуса подъемник, диаметр спирали 6 мм, начальная его часть закругленной формы в виде полушара, первый виток спирали в диаметре 8 см. Под контролем видеокамеры выполняется прокол передней брюшной стенки 8-миллиметровым троакаром, через который заводится лапаролифт, затем разворачивается на 180°. Верхняя его часть фиксируется к тросику, который позволяет регулировать степень подъема фиксированного участка передней брюшной стенки.

Проведен критический анализ результатов гемодинамического течения различных методик общей анестезии, объема операции и течения раннего послеоперационного периода (осложнения) у 500 пациентов (378 женщин — 75,6%, 122

мужчин — 24,4%) при выполнении лапароскопических холецистэктомий — 182 (36,4%); аппендэктомий — 93 (18,6%); фундопликаций — 105 (21%); герниопластики — 83 (16,6%), оперативных вмешательств на толстой кишке — 37 (7,4%). Средний возраст пациентов составил $38,6 \pm 0,4$ лет. Физикальный статус большинства пациентов (53%) на момент проведения общей анестезии отвечал ASA III — IV — V. При проведении 75,4% операций пациенты находились под общей комбинированной анестезией с ИВЛ, в 24,6% пациентов проводили многокомпонентную общую анестезию с ИВЛ в сочетании с эпидуральной анальгезией. В предоперационном периоде проводили мониторинг основных показателей гемодинамики и газообмена: АО, систолическое (САД), диастолическое (ДАД), АО средний, частоту сердечных сокращений (ЧСС), парциальное давление CO₂ в конце вдоха (eCO₂) и насыщения кислородом гемоглобина в периферической крови (SpO₂) на этапах анестезии и операции. В послеоперационном периоде анализировали характер и частоту осложнений.

Результаты и обсуждение. Больные разделены на 2 группы. 1-я группа — 411 больных с операционно-анестезиологическим риском (ОАР) II — III степени, 2-я — с ОАР III — IV степени. В 1-й группе чаще всего наблюдались респираторные нарушения, — 53,2%. Критическая гипоксемия составила 11,2% от всех случаев общего обезболивания, умеренная — 22,8%, гиперкапния — 17,1%. Отмечали задержку восстановления сознания после общей анестезии — в 5,6%, тошноту и однократную рвоту — в 7,2%, делирий и психомоторное возбуждение — в 5,4%, послеоперационную гипотермию и синдром озноба и мышечного дрожания — у 19,6% пациентов. Больные с выраженной сопутствующей патологией кардио-респираторной системы, осложненным течением основного заболевания имели наибольшее количество осложнений в послеоперационном периоде (до 76%). Во 2-й группе с применением лапаролифтинга отмечено от 5 до 30% осложнений и уменьшение послеоперационного болевого синдрома, по сравнению с операциями в условиях пневмоперитонеума. Отсутствие герметичных клапанов в лапаропортах создавало возможность свободного поступления воздуха в брюшную полость. За счет возможности регулировки формы и объема, визуализация создаваемого в брюшной полости «рабочего пространства» при лапаролифтинговой лапароскопии не уступала таковой в условиях пневмоперитонеума. В результате отмечены значительно менее интенсивные послеоперационные боли, практически отсутствовала характерная для «газового» способа создания рабочего пространства болевая иррадиация в плечо и шею. Лапаролифтинговая эндоскопия основана на фундаментальных принципах миниинвазивной хирургии, комбинированной с обычной техникой «открытой» операции. Способ минимизирует все вышеупомянутые неудобства, риски и осложнения эндоскопических операций с использованием углекислого газа при сохранении всех преимуществ лапароскопической техники оперирования.

Выводы. Применение лапаролифтинга сужает противопоказания к применению лапароскопии, позволяет устранить негативное влияние напряженного карбоперитонеума и улучшить результаты видеоэндохирургического лечения, уменьшить длительность пребывания больных в стациона-

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