

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 ГKB 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 их 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 КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ 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