



1-й Междисциплинарный эндохирургический Конгресс Прикаспийских стран

Ақтау
15 - 18.09.2019

**ХИРУРГИЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ
ОНКОЛОГИЯ
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**



STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE



Токпанов Серик Имакович
Почетный Председатель Конгресса,
д.м.н., профессор,
Заслуженного деятеля РК

Уважаемые коллеги!

От имени сообщества хирургов Республики Казахстан выражаю вам свое почтение и приглашаю вас принять участие в 1-м Междисциплинарном эндохирургическом Конгрессе Прикаспийских стран, который состоится г. Актау Мангистауской области 15 – 18 сентября 2019г. Идею проведения Конгресса поддержали: Акимат области, правление Казахстанской Ассоциации Эндоскопических Хирургов (КАЭХ), Медицинский Университет Астана (МУА), Общественное объединение гинекологов – эндоскопистов Казахстана и Мангистауская областная больница.

Мангистауская область один из наиболее процветающих регионов Республики Казахстан богатый залежами урана и редкоземельных элементов, нефти и газа. Здесь же находятся «морские ворота» Казахстана – город Актау. Прошедший в Актау саммит Прикаспийских государств (2018 г.) заложил основу проведения формальных и неформальных встреч. В рамках Конгресса ожидается участие делегаций 5 прикаспийских стран.

В настоящее время, практически во всех областях республики, широко внедрены миниинвазивные хирургические технологии в общей хирургии, гинекологии и урологии. Это обусловлено весьма активной деятельности компании КАРЛ ШТОРЦ ЭНДОСКОПИ КАЗАХСТАН – многочисленных показательных мастер-классов в республике с привлечением экспертов международного класса. Данный Конгресс проводится под непосредственным патронажем компании КАРЛ ШТОРЦ ЭНДОСКОПИ КАЗАХСТАН.

Особенно следует отметить, что благодаря пристальному вниманию и реальной помощи Акима области, последние годы эндохирургия получила широкое развитие в Мангистауской областной больнице, которая в этом году отмечает свое 30-летие.

Конгресс будет проходить в великолепном и хорошо оснащенном Доме Дружбы Ассамблеи народов Казахстана, который любезно предоставляет Акимат области.

Программа Конгресса расширенная, предусматривает выступления международных экспертов, круглые столы и дискуссии. В рамках Конгресса будут проведены мастер-классы с участием ведущих эндоскопических хирургов России, Азербайджана, Украины, Франции и Казахстана, намечено выполнение высокотехнологичных операций на современном эндохирургическом оборудовании с визуализацией в форматах 3D HD, ICG, 4K на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, а также на органах эндокринной системы.

Планируется организация тренажерного курса под руководством опытных экспертов, курс для операционных медицинских сестер по правильной эксплуатации, уходу и обработке эндохирургического инструментария и оборудования. Во время Конгресса будет работать медицинская выставка с участием ведущих мировых производителей эндохирургического оборудования.

Надеюсь и уверен, что предстоящий Конгресс сыграет определенную роль и важное значение для дальнейшего укрепления сотрудничества Прикаспийских стран и хирургического сообщества. Междисциплинарный подход в эндохирургии даст мощный импульс в развитии миниинвазивных и безопасных технологий.

Мы с нетерпением ждем встречи с Вами на гостеприимной Мангистауской земле.

1	<i>Токпанов С.И., Серикбаев А.З., Жумабаев И.Ж., Садвокасов М.С., Кенжебай А.Ж., Петрашевич О.И.</i> Релaparоскопия в хирургии острого осложненного холецистита	5
2	<i>Токпанов С.И., Серикбаев А., Жумабаев И., Кенжебай А.Ж., Петрашевич О.И.</i> Лечебно-диагностический алгоритм острого осложненного холецистита	6
3	<i>Дисюкеева Е.П., Бокебаева А.Ш.</i> Современные методы лечения патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста	7
4	<i>Цхай Б.В., Толеубаев Е.А., Алибеков А.Е., Пак Д.А., Балыкбаева А.М.</i> Симультантные эндовидеохирургические операции в условиях областной клинической больницы г. Караганда	9
5	<i>Кудайбергенов Т.К.</i> Гистерорезектоскопия в лечении субмукозной Миомы матки. Опыт ИРМ	11
6	<i>Амирасланова Н., Нагиева Н., Магалов И.</i> Имеют ли значения большие размеры узлов и самой матки при лапароскопической гистер- и миомэктомии	12
7	<i>Смагулов А.Д., Кулмаганбетов А.К., Оспанов Ш.Е., Хегай Д.В., Сергазиев С.Б.</i> Хирургическое лечение больных раком почки. Первый опыт лапароскопической радикальной нефрэктомии в Кызылординской области	13
8	<i>Мирманов А.А., Тусупкалиев А.Б., Роскидайло Е.В., Котловская Е.В.</i> Лапароскопическая пиелопластика при врожденном гидронефрозе у детей с применением 2D, 3D, 4K видеосистем	15
9	<i>Джакупов Д.В.</i> Лапароскопическое клеммирование маточных артерий при органосохраняющих операциях на матке	16
10	<i>Хасенов Р.Е., Исмагамбетова Б.А., Мендыбаев А.А.</i> Торакоскопическая тимэктомия при лечении генерализованной миастении	18
11	<i>Котловский В.И., Роскидайло Е.В., Зевреев Р.И., Герасимова М.В., Сатыбалдиев К.Ж.</i> Модификация хирургического лечения паховой грыжи у детей. Вектор развития детской герниологии	19
12	<i>Котловский В.И., Ергалиев А.Е., Досмагамбетов С.П., Джэналаев Б.К., Роскидайло Е.В.</i> На опыт лапароскопических операций при кисте холедоха у детей	20
13	<i>Котловский В.И., Досмагамбетов С.П., Джэналаев Б.К., Роскидайло Е.В., Сатыбалдиев К.Ж.</i> Наш опыт эндохирургической коррекция заболеваний диафрагмы у детей	22
14	<i>Полухова А., Алиева Р., Магалов И.</i> Обоснование лапароскопического контроля при наложении ретропубрного слинга	23
15	<i>Башарова Г.Е., Гатин Р.Ф., Габбасов Е.М., Сейсембеков Д.Т.</i> Опыт лапароскопических операции в гинекологии в БМЦ УДП РК	24
16	<i>Муканов Е.Т.</i> Опыт проведения органосохраняющих операции при гнойных воспалительных заболевания придатков матки	27
17	<i>Дисюкеева Е.П., Бокебаева А.Ш.</i> Современные методы лечения патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста	32

18	<i>Кукубасов Е.К.¹, Бертлеуов О.О.¹, Болатбекова Р.О.², Айдаров А.Е.²</i> Первый опыт использования флуоресцентного маркера для определения сигнального лимфатического узла в онкогинекологии	33
19	<i>Котловский В.И., Джэналаев Б.К., Роскидайло Е.В., Сатыбалдиев К.Ж., Герасимова М.В., Зевреев Р.И.</i> Применение механического морцеллятора для эндохирургической экстракции безоаров у детей	34
20	<i>Саулен Н.С.</i> Применение склерозирующей терапии при врожденных гемангиом у детей	35
21	<i>Грушевская Г.М., Усенов К.М., Чупин А.Н.</i> Применение технологии heos в репродуктивной эндоскопии	37
22	<i>Ишанғали Б.О.</i> Принципы выполнения безопасной и эффективной гистероскопической резекции субмукозных миоматозных узлов. Наш опыт	38
23	<i>Дурасов В.В.</i> Программируемая газовая дистензия матки – метод предотвращения развития синехий после гистерорезектоскопии	39
24	<i>Коньсов М.Н., Медеубаев Р.К., Дюсупов А.Х.</i> Различные подходы в хирургическом лечении доброкачественных заболеваний пищевода	40
25	<i>Алиева Р., Полухова А., Магалов И.</i> Собственный опыт лапароскопической коррекции апикального пролапса: использование сетчатых протезов против фиксации собственными тканями	41
26	<i>Исмаилов Ильгар Абид оглы</i> Трансанальная хирургия – мифы, реальность, перспективы	42
27	<i>Пучков К.В.</i> Хирургическое лечение глубокого инвазивного эндометриоза с поражением мочевых путей, толстой и тонкой кишки с использованием лапароскопического доступа	44
28	<i>Шомиров С.С., Дюсупов А.Х., Сатвалдинов К.К.</i> Четырехлетний опыт по бариатрической хирургии в Атырауской областной больнице	45
29	<i>Ергалиев А.Е., Дюсембеков С.Т., Бегунов В.В., Уразаев О.Н., Сартаев Е.Е.</i> Эндовидеохирургические операции у онкологических больных в МЦ НАО ЗКМУ им. М.Оспанова	46
30	<i>Ахундова Н.Н.</i> Возможности малоинвазивных технологий у ранее оперированных пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия	47
31	<i>Бенберин В.В., Шаназаров Н.А., Тусупбеков А.Е., Шолох П.И., Сейдалин Н.К., Таипулатов Т.Б., Туржанова Д.Е.</i> Эндоскопическая фотодинамическая терапия злокачественных новообразований	49
32	<i>Ромащенко П.Н., Пришивин А.П., Криволапов Д.С.</i> Эндоскопическая хирургия щитовидной и околощитовидных желез: современные представления, результаты применения и перспективы	51
33	<i>Хубезов Д.А.^{1,2}, Пучков К.В.¹, Пучков Д.К.^{1,2}, Огорельцев А.Ю.^{1,2}, Игнатов И.С.¹, Родимов С.В.², Луканин Р.В.², Снегур С.В.²</i> Прогнозирование качества тотальной мезоректумэктомии на дооперационном этапе: Как это делать и для чего?	54

РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Токпанов С.И., Серикбаев А.З., Жумабаев И.Ж.,
Садвокасов М.С., Кенжебай А.Ж., Петрашевич О.И.

ТОО «Alanda clinic», Нур-Султан, Казахстан

Релапароскопия в хирургии острого осложненного холецистита (ООХ) в раннем послеоперационном периоде позволила существенно изменить тактику наблюдения больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Высокая информативность метода, простота его выполнения, возможность радикально устранить источник осложнения призывают к активным действиям хирурга. Существенным положительным моментом является психологический настрой больного, уже оценившего малотравматичность лапароскопической операции.

Цель. Изучить возможность релапароскопии в хирургии ООХ.

Материал и методы. На 870 больных с ООХ после ЛХЭ релапароскопия выполнена 7 больным (0,9%). Появление жалоб больных после ЛХЭ на дискомфорт в животе, а также симптоматика интоксикации – подъем температуры, частый пульс, выделение желчи по подпеченочному дренажу до 150-200 мл, всегда настораживала нас на возможность повреждения желчных протоков, образование и формирование подпеченочной гематомы и абсцесса. В диагностике решающую роль играла УЗИ, что позволила в ранние сроки диагностировать и уточнить характер изменений ложа желчного пузыря, наличие жидкости в подпеченочном и поддиафрагмальном пространстве.

Релапароскопия выполнена в ранние сроки – 2-3 сутки после ЛХЭ. После снятия швов с троакарных ран и инсуффляции углекислого газа, в брюшную полость проводили оптику и инструменты. При ревизии у всех пациентов в правом боковом канале брюшной полости и под диафрагмой желчь около 100-150 мл, диафрагмальная поверхность брюшины и печень гиперимированы, дренаж из-под печени у троих пациентов сместился в брюшную полость, у четверых - находилась под печенью. У 5 пациентов желчеистечение была из ложа желчного пузыря (ходы Люшка), у двоих из-под двух клипс наложенных на свищ Мириззи, других источников желчеистечения нет. Клипсы были сняты и удалены, атравматикой пролен 4/0 на свищ лапароскопически наложены пристеночные П-образные швы. Брюшная полость санирована, подпеченочное пространство дренировано.

Результаты. Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно, выписаны в удовлетворительном состоянии через 5 сут после релапароскопии. Контрольный осмотр через 3-6-12 мес, 1-2 года, состояние удовлетворительное.

Выводы. Релапароскопию должен выполнять хирург, обладающий большим опытом лапароскопических операций. Релапароскопия обладая достаточной

информативностью и меньшим риском, позволяет своевременно диагностировать внутрибрюшное осложнение и, устранить ее, исключая напрасную лапаротомию. Своевременно выполненная лечебная релaparоскопия не влияет существенно на сроки и течение послеоперационного периода.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Токпанов С.И., Серикбаев А., Жумабаев И.,
Кенжебай А.Ж., Петрашевич О.И.**

ТОО «Alanda clinic», Нур-Султан, Казахстан

Малоинвазивная хирургия острого осложненного холецистита (ООХ) вносит свои коррективы в алгоритм лечебно-диагностического процесса.

Цель. Дооперационная достоверная информация для определения самого характера операции и ее объема – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) или традиционная с интраоперационными манипуляциями, холедохотомия, дренирование.

Материалы. Предоперационный лечебно-диагностический алгоритм определяет решение оценки состояния общего статуса пациента, верификации ООХ и его осложнений, топико-морфологической характеристики желчного пузыря и перипузырного пространства, оценки состояния билиарной системы, характеристики степени выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре, перипузырных тканях и активный мониторинг динамики, определение показаний, противопоказаний и срока к ЛХЭ, определение показаний, срока и варианта этапного лечения.

Основой лечебно-диагностического алгоритма при ООХ является анамнез и клиника, дополняемая комплексом клинико-лабораторных, инструментальных исследований и методов диапевтики.

В первые часы поступления пациента в клинику для определения диагноза, степени выраженности воспалительного процесса, динамики его развития, прогноза, а также оценки степени тяжести состояния пациента и выбора метода лечения, наряду с общепринятыми (рутинными) клинико-лабораторными тестами, всем пациентам проводили УЗИ и по показаниям фиброгастроскопию, антеградную фистулохолецистохолангиографию, ядерномагнитную томографию в холангиорежиме, чрескожночреспеченочную холангиографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, интраоперационную холангиографию.

Из диапевтических методик малоинвазивной хирургии в лечебно-диагностическом алгоритме мы применяли по показаниям разовую пункцию напряженного желчного пузыря, чрескожную холецистостомию, ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомию, назобилиарное дренирование,

механическую экстракцию конкрементов, механическую билиарную литотрипсию, дистанционную ударно-волновую литотрипсию.

Заключение. Правильно избранный алгоритм лечебно-диагностического процесса больных с ООХ позволило избрать адекватную тактику хирургического лечения, что заметно снизило послеоперационные осложнения и летальность.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Дисюкеева Е.П., Бокебаева А.Ш.

В настоящее время наблюдается рост предраковых заболеваний и рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста. Рак шейки матки (далее РШМ) занимает второе место по частоте среди злокачественных новообразований органов половой системы у женщин и первое место среди онкогинекологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет. РШМ является одним из распространенных заболеваний у женщин, после рака молочной железы и на долю данной формы рака приходится около 10% всех зарегистрированных случаев рака в мире. РШМ — форма злокачественного новообразования, доступная для визуального наблюдения и выявления на ранней стадии (*in situ*), которая может быть излечена малотравматичными манипуляциями. По данным ВОЗ, переход дисплазии шейки матки в рак *in situ* длится в среднем 3-5 лет, еще 10-15 лет проходит до развития микроинвазивного рака и столько же до перехода в распространенную форму. Единой тактики ведения больных разных возрастных групп с заболеваниями шейки матки (CIN) не существует. [1, 2].

Современные диагностические алгоритмы включают в себя расширенную кольпоскопию, цитологический мазок по Папаниколау, маркеры ВПЧ и молекулярно-биологические методы [3].

В современной медицинской практике имеется широкий спектр методов лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, но не все из них соответствуют онкологическим принципам. В связи с этим, необходимо получение материала, иссеченного в пределах здоровых тканей, для «тотального» гистологического исследования с использованием серийных срезов. По рекомендации ВОЗ для лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки следует использовать — криодеструкцию, электроэксизию, ножевую конизацию, так же активно используют диатермокоагуляцию, аргоноплазменную аблацию, широкополосную радиоволновую хирургию, лазерную деструкцию. Эффективность лечения деструктивными методами составляет от 45% до 97 % [1, 2, 4].

Наиболее распространенной методикой конизации является диатермохирургический метод в силу своей невысокой стоимости. ДЭК широко применялась во всем мире для лечения больных с фоновыми заболеваниями. Однако, данными отечественных ученых (Бохман Я.В., 1992; Вишневская Е.Е., 1994) было еще раз подтверждено, что при ДЭК излечиваются только патологические процессы,

локализующиеся в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия. При этом отсутствует возможность полноценного гистологического контроля. В результате несвоевременно может быть распознан преинвазивный и микроинвазивный рак шейки матки. В отличие от других видов деструкции при ДЭК заживление происходит медленно, процесс полного восстановления структуры шейки матки завершается только к 9-12 месяцам. Частота осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 6,2 до 47,2%. К ним относятся: кровотечение при отторжении струпа, обострение хронического воспалительного процесса, нарушение менструальной функции, рубцовые изменения шейки матки, посткоагуляционный эндометриоз, бесплодия (шеечный фактор), рецидивы эктопии, образование ретенционных кист, выкидыши, преждевременные роды, дистоция шейки матки в родах [4, 5, 8].

Криодеструкция метод, в основе которого используется зонды NO₂ или CO₂, для прицельного замораживания до -70-90С зоны трансформации на шейке матки. Криокоагуляция продолжительностью 2 мин позволяет проникать на глубину 5 мм, эффективность лечения при этом составляет 80%. Однако недостатком метода является невозможность взятия биопсийного материала. Не применяется при дисплазиях средней и тяжелой степени [4, 5].

Эффективность лазерной вапоризации значительно выше и составляет по данным ряда авторов от 78 до 98%. Этот метод позволяет контролировать глубину воздействия и обладает стерилизующим эффектом в отношении ВПЧ. [4, 5, 6, 7].

Широкополосная радиоволновая хирургия – атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей, без их разрушения путем электрохирургического воздействия в диапазоне радиоволны (от 100 кГц до 105 кГц), позволяющий взять материал для гистологического исследования хорошего качества. Плюсами метода являются: практически бескровное операционное поле, быстрота выполнения, минимальная болезненность процедуры, отсутствие инфильтрации, стерилизующий эффект радиоволны, заживление без рубцевания. Возможность проведения петлевой биопсии, множественной петлевой биопсии, эксцизии и конизации при любой степени CIN [6, 7, 8].

Наблюдение и реабилитация после проведенного лечения должны проводиться через 2-6 недель и включает: гинекологическое исследование - для оценки заживления шейки матки, консультирование о необходимости наблюдения в динамике, обсуждения результатов гистологического исследования. Согласно рекомендации международных протоколов, необходимо регулярное вирусологическое (ВПЧ генотипирование), цитологическое исследование и кольпоскопия [1, 2, 8].

СИМУЛЬТАННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. КАРАГАНДА

Цхай Б.В., Толеубаев Е.А., Алибеков А.Е.,
Пак Д.А., Балыкбаева А.М.

НАО «Медицинский Университет Караганды», Караганда,
Казахстан
«Областная клиническая больница», Караганда, Казахстан

В медицинской практике часто встречается сочетание нескольких заболеваний, каждое из которых требует хирургического лечения. Иногда эти заболевания поражают один, иногда несколько органов, в том числе анатомически удаленные друг от друга. В связи с этим, трудно выполнить такую операцию, которая может спасти больного от всех заболеваний сразу. Идея выполнения нескольких операций в один момент возникла уже давно. Первое упоминание о коррекции двух заболеваний при одном хирургическом вмешательстве относит к 1735 году при выполнении аппендэктомии и герниопластики одиннадцатилетнему ребенку. Одномоментное хирургическое лечение заболеваний различных органов из одного доступа называется симультанной или комбинированной, сочетанной, одномоментной операцией.

В свою очередь, развитие эндоскопических оперативных методов лечения стало важным этапом повышения эффективности хирургического вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. К. Manke и соавторы (1994) отмечают, что легче перечислить абдоминальные хирургические вмешательства, которые не выполняются лапароскопическим методом, чем привести полный перечень возможных малоинвазивных операций. И по мере накопления опыта в эндоскопической хирургии, все чаще стали проводить одновременные оперативные вмешательства на одном или нескольких органах.

Целью исследования является исследование преимуществ и недостатков различных вариантов доступа при проведении симультанных операций на основе анализа интра-и послеоперационных показателей продолжительности стационарного лечения у больных, оперированных по абдоминальной и генетической патологии, интегрированной в плановом и экстренном порядке.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни 115 больных, оперированных за период с 2008 по 2018 годы в Областной клинической больнице г. Караганда, с симультанными и комбинированными операциями.

Результаты и обсуждение. Пациенты в возрасте от 18 до 76 лет встречались с различными патологиями брюшной полости. Стандартный диагностический алгоритм состоит из физикальных, лабораторных, рентгенологических и послеоперационных ультразвуковых исследований органов брюшной полости и малого таза. Всем больным в предоперационном периоде назначили инфузионную, антибактериальную, и при необходимости - заместительную терапию.

Результаты симультанных и комбинированных операций сопоставлены с результатами соответствующих моноопераций.

Из общего количества наблюдений: грыжа ПОД и хронический калькулезный холецистит составили 81 (70,5%) человек, которым выполнили симультанную операцию - лапароскопическую фундопликацию по Ниссону с куррографией + холецистэктомия; острый аппендицит и разрыв кисты ячника составили 11 (9,5) человек, которым выполнили лапароскопическую аппендэктомию + тубэктомию; киста печени и хронический калькулезный холецистит составили 8 (6,9%) человек, которым выполнили лапароскопическое иссечение кисты печени и холецистэктомию; киста селезенки и хронический калькулезный холецистит составили 3 (2,6%) человек, которым выполнили лапароскопическое иссечение кисты селезенки и холецистэктомию; киста почки и нефроптоз 3-4 степени составили 12(10,5%) пациентов, которым выполнили лапароскопическое иссечение кисты почки + нефропексию.

Из 115 больных 21(18,2%) в анамнезе ранее перенесли лапаротомию. В 6 случаях при лапароскопическом вмешательстве выявлена спаечная болезнь. В анамнезе из 6 больных у 2-х пациентов ранее были 2 лапаротомии, у 3-х пациентов - одна лапаротомия, а у одного больного не было лапаротомии в анамнезе.

Летальных случаев не было. У одного больного было поражение троакарном нижней эпигастральной артерии, в связи с чем, в последующем было проведено расширение троакарной раны и перевязка сосудов. В 3-х случаях осуществлялась конверсия по причине холедохолитиаза.

Отсутствие послеоперационных осложнений со стороны бронхолегочной системы мы связываем с ранней активизацией больных. Нагноение раны наблюдалось у 12 пациентов (10,4%), фистулы мочевого пузыря у 1(0,8%) больного. Все осложнения разрешены консервативным путем. У 14 (12,2%) пациентов в результате раздражения диафрагмального нерва возникли послеоперационные боли в правом подреберье, которые были разрешены самостоятельно, без лечения какими-либо лекарственными средствами.

Средняя продолжительность лапароскопической нефропексии как монооперации, по нашим данным составляет 50-60 минуты. Для иссечения кисты почки в среднем в качестве монооперации требовалось 135 минут, а при сочетании с нефропексией продолжительность операции составила 160 минуты. Другими словами, суммарное время этой монооперации больше, чем операция, совмещенная на 25 минут. Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода у больных, прошедших комбинированную операцию так не отличалась и не превышала 8 дней.

Всем больным, вошедшим в исследование, через 6 месяцев после операции проведено ультразвуковое исследование. Оценено функциональное состояние, результаты основных и комбинированных операций были хорошими.

Заключение. 1. Применение эндовидеохирургических методов оперативного вмешательства позволяет выполнять комбинированные и симультанные хирургические вмешательства в анатомически удаленных органах без ущерба для качества операции.

2. Время, необходимое для выполнения симультанской операции меньше, чем суммарное время, необходимое для выполнения каждой операции в отдельности.

3. Выполнение симультанных и комбинированных операций не оказывает отрицательного влияния на послеоперационный период, соответствующий течению послеоперационного периода после особо тяжелой операции.

ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ. ОПЫТ ИРМ

Кудайбергенов Т.К.

«Институт Репродуктивной Медицины», Алматы, Казахстан
АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования», Алматы,
Казахстан

Миома матки – самая распространенная опухоль женской репродуктивной системы, коэффициент заболеваемости составляет 50-60%, встречается у 25% женщин после 30 лет, способствует формированию первичного и вторичного бесплодия и, как единственная причина репродуктивных неудач, встречается у 12-20% пациенток с нарушением фертильности. Субмукозное расположение миоматозного узла является неблагоприятной разновидностью локализации миомы, так как практически всегда требует хирургического лечения. Субмукозные миомы составляют от 5 до 10% среди всех встречающихся миом матки. При данном расположении миоматозных узлов частота бесплодия достигает 30-35%, а при наступлении беременности возможно невынашивание, возникновение осложнений как в период гестации, так и во время родов. Благодаря достижениям органосохраняющей хирургии и новым медицинским технологиям в лечении субмукозной миомы матки у женщин, которые хотят реализовать свою репродуктивную функцию, появилась возможность выбора. Лечение женщин репродуктивного периода с субмукозной миомой матки должно быть органосохраняющим. Выбор метода лечения должен определяться: размерами и типом субмукозного узла, их количеством и локализацией, длительностью заболевания, наличием симптомов, репродуктивными планами, наличием сопутствующих заболеваний, благосостоянием пациентки, предпочтением ею того или иного вида лечения. На данный момент гистерорезектоскопия является золотым стандартом лечения субмукозной миомы матки.

Цель исследования. Оценить эффективность гистерорезектоскопической миомэктомии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. За период с 2011 по настоящее время в Институте Репродуктивной Медицины гистерорезектоскопическому лечению субмукозной миомы матки подверглись 230 женщин. Всем женщинам с целью диагностики проведена предварительная гистероскопия без применения анестезиологического пособия. После уточнения размеров, количества и локализации субмукозных узлов произведена последующая гистерорезектоскопия с помощью эндоскопического оборудования KarlStorz.

Результаты. Среди исследованных женщин первичным бесплодием страдали 52 женщины, вторичным – 75, невынашивание беременности – у 27 пациенток. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 147 женщин (73,5%). Реализовать репродуктивную функцию удалось 53 женщинам, при этом 10 из них вступили в программу вспомогательных репродуктивных технологий через месяц после операции. Рецидивы роста субмукозных узлов отмечены у 34 пациенток, все они повторно подверглись хирургическому лечению, при этом, 15 женщинам, осуществившим репродуктивную функцию, произведена экстирпация матки. Анализируя вышеизложенное, следует сказать, что гистерорезектоскопия имеет большое значение в хирургическом лечении субмукозных миом, поскольку позволяет сохранить главную фертильную функцию матки.

ИМЕЮТ ЛИ ЗНАЧЕНИЯ БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ УЗЛОВ И САМОЙ МАТКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕР- И МИОМЭКТОМИИ.

Амирасланова Н., Нагиева Н., Магалов И.

«Азербайджанский Медицинский Университет», Баку, Азербайджан

Большие размеры матки или расположенных в ее стенке миом являются одними из распространенных стереотипов о предпочтении открытого доступа для выполнения гистер – или миомэктомии. Считается, что лапароскопия в таких случаях чревата осложнениями или просто менее эффективна. При этом сами эти операции не стандартизированы, а термины не систематизированы. Отсутствует четкое определение «больших размеров», хотя в публикациях можно встретить такие определения, как «большая», «очень большая» или даже «гигантская» (миома или матка). В нескольких статьях извлеченный препарат, вес которого превышает 300-500 грамм обозначается, как «большой». Гигантскими же считаются матки или миомы, полностью заполняющие полость малого таза, трудно поддающиеся мобилизации в силу своей «вколоченности» и, по этой же причине препятствующие идентификации важных анатомических структур, включая сосуды и мочеточники.

Материалы и методы. Мы используем следующую градацию размеров матки. ≤ 250 г – маленькая, 250-500 г – большая, 500 г – 1000 г – очень большая и ≥ 1000 г – гигантская матка. Миома принималась за большую если ее диаметр на узи был больше 8 см. Были выделены 2 группы больных. В первой группе были сравнены

внутриоперационные результаты (длительность операции и величина кровопотери) у двух подгрупп женщин, которым была выполнена лапароскопическая тотальная гистерэктомия - подгруппа 1 с весом препарата от 500 до 1000 г – 44 пациентки и подгруппа 2 с весом препарата до 250 г – 10 женщин. Вторая группа женщин с миомэктомией была разделена на 3 подгруппы: лапароскопическая миомэктомия (ЛМ) – 22 пациенток, с лапароскопически ассистированной миомэктомией (ЛАМ) – 10 пациенток и открытой миомэктомией – 10 пациенток.

Результаты. Лапароскопические вмешательства во всех подгруппах были длительнее, чем открытые вмешательства. Большая длительность объяснялась дополнительным временем, затраченным на извлечение операционного препарата. Величина кровопотери при лапароскопических и открытых операциях существенно не различалась.

Обсуждение. Образования больших размеров при лапароскопических гинекологических операциях требуют особого подхода, поскольку снижение травматичности вмешательства не должно идти вразрез с его безопасностью. Наиглавнейшее значение имеет соблюдение основных принципов эндовизуальной хирургии: обеспечение оптимальной экспозиции операционного поля, устранения препятствия для анатомического разъединения тканей и недопущение вероятности распространения заболевания при измельчении органа или его образования при извлечении из брюшной полости.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Смагулов А.Д., Кулмаганбетов А.К., Оспанов Ш.Е.,
Хегай Д.В., Сергазиев С.Б.**

«Кызылординский областной онкологический центр»,
Кызылорда, Казахстан

В 2018 году в Казахстане было диагностировано более 1160 впервые выявленных случаев почечно-клеточных карцином. В нашей статье представлены данные о выполнении лапароскопических операций при лечении рака почки. Выполнено 8 радикальных лапароскопических нефрэктомий по поводу локализованного ПКР (светлоклеточный тип): В 2 случаях почка удалена вместе с надпочечником. Все операции выполнены чрезбрюшинным доступом. Характеристика пациентов (n=8): мужчин – 5, женщин – 3. Средний возраст пациентов составил 57 лет (минимальный – 43 года, максимальный – 64 года). Сторона поражения опухолевым процессом: левая почка – 5 случаев, правая почка – 3. Интраоперационных осложнений не зарегистрировано. Пациенты были активизированы на 2-е сутки после операции. Наркотические анальгетики применялись только впервые сутки после операции. Срок пребывания пациента в

стационаре после операции составил от 4 до 6 суток. Лапароскопические операции при радикальной нефрэктомии являются малоинвазивными и эффективными методами лечения ПКР.

В Казахстане в структуре онкозаболеваемости по ПКР занимает 11 место. 12 место по структуре смертности от онкозаболеваний. В 2018 году в нашей стране диагностированы 1160 больных ПКР. По данным Американских ассоциаций 5 летняя выживаемость составляет 75%. В Казахстане 5 летняя выживаемость составляет 62%. Увеличение выживаемости больных раком почки прежде всего связано с совершенствованием и доступностью методов ультразвуковой и лучевой диагностики, выявлением образований на более ранних стадиях и своевременным обращением за медицинской помощью.

На сегодняшний день хирургическое вмешательство – это единственный радикальный метод лечения локализованного рака почки. «Золотым стандартом» радикального лечения остаётся выполнение радикальной нефрэктомии. С момента своего внедрения, лапароскопические радикальные операции в лечении ПКР стали общепризнанными во всем мире. Вне зависимости от объема оперативного пособия (радикальная нефрэктомия или органоуносящая операция), выбранного доступа (чрез- или внебрюшинное) лапароскопическое вмешательство должно соответствовать онкологическим принципам выполнения операции открытым доступом.

Материал и методы. В хирургическом отделении ГКП на ПХВ «Кызылординском областном онкологическом центре» выполнено 8 лапароскопических радикальных нефрэктомий по поводу локализованного ПКР (светлоклеточный тип): Все операции выполнены чрезбрюшинным доступом. Макропрепарат интраабдоминально помещался в контейнер (EndoBag), после осуществления основных этапов операции извлекался из брюшной полости через мини-лапаротомный доступ над лоном поперечным доступом (по Пфанненштилю). Характеристика пациентов (n=8): мужчины – 5, женщины – 3. Средний возраст – 57 лет (минимальный – 30 лет, максимальный – 81 год). Сторона поражения опухолевым процессом: левая почка – 5 случаев, правая – 3. Для предоперационного стадирования заболевания, учитывая данные комплексного обследования, использовалась классификация злокачественных опухолей TNM (30 октябрь 2015 года). В обязательном порядке в алгоритм обследования включены рентгенологическое исследование органов грудной клетки, мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием по стандартному протоколу – нативное исследование, артериальная, венозная (паренхиматозная) и экскреторная фазы, мультипланарная реконструкция с ангиоархитектоникой органа.

Результаты и обсуждение. По категории T до и после патоморфологического исследования больные распределились следующим образом: (категория pT) T2a, T2b, T3a, T3b. Категория N – после операции в 3 случаях N1, в 2 случаях – N2. Категория M – все случаи окончательного диагноза – M0. Среднее время радикальной лапароскопической нефрэктомии – 90-120 минут. Из всех перечисленных операций, в 5-ти случаях, сосудистые ножки почек были одномоментно пересечены используя линейный сшивающий аппарат (ENDO GIA UNIVERSAL STRAIGHT 30). В 3-х случаях артерии и вены были клипированы отдельно титановыми клипсами. Средняя кровопотеря во время лапароскопической радикальной нефрэктомии составила 40-50 мл. Первые сутки после операции все больные наблюдались в отделении реанимации и интенсивной терапии с последующим переводом в профильное отделение. Все пациенты были активизированы на 2-е сутки после операции. Наркотические анальгетики применялись только в первые сутки после операции, в последующие дни

с целью обезболивания применялись НПВП. Срок пребывания пациентов в стационаре после операции составил от 4 до 6 суток. Троем послеоперационным пациентам через 6 месяцев проведено ПЭТ-КТ. Данных за прогрессирование и отдаленные метастазирование нет.

Выводы. Короткий период пребывания в стационаре и время реабилитации пациента, уменьшение и/или полный отказ от применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, косметический эффект – все эти положительные аспекты без нарушения принципов радикализма оперативного пособия, позволяет судить о несомненных преимуществах лапароскопической хирургии в лечении почечно-клеточного рака.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ 2D, 3D, 4K ВИДЕОСИСТЕМ

Мирманов А.А., Тусупкалиев А.Б., Роскидайло Е.В., Котлобовская Е.В.

НАО “Западно-Казахстанского медицинского университета им. М.Оспанова”,
Актобе, Казахстан

Врожденный гидронефроз встречается с частотой от 3 до 4,7% на 1000 новорожденных. О первом успешном опыте лапароскопической пиелопластики сообщил в 1993 году Schuessler W.W. Первую лапароскопическую пиелопластику ребенку выполнили в 1995 году Peters С.А. с соавторами.

Цель исследования. Сравнить результаты лапароскопической пиелопластики у детей, выполненных с помощью 2D, 3D, 4K систем визуализации.

Материалы и методы. Операцию выполняли с помощью инструментов и оборудования компании “KarlStorz” (Германия). В качестве двухмерной видеосистемы использовали модуль, головку камеры, видеомонитор системы “SPIES” компании “KarlStorz”. Трехмерная эндовидеосистема компании “KarlStorz” использовалась нами с ноября 2015 года. С 2018 года нами выполнены пробные операции с использованием видеосистемы сверхвысокой четкости 4KUHD компании «Olympus».

Результаты. Лапароскопическая пиелопластика выполняется в нашей клинике с 2011 года. За рассматриваемый период времени произведено 68 подобных операций. При этом, в 36 случаях применены 2D видеокамеры, как SD, так и HD формата. У 30 пациентов использовалась 3D Full HD видеосистема. Лапароскопические пиелопластики с применением эндовидеокамеры в формате 4K выполнены 2 пациентам. Случаев конверсии не было. Клинически значимых интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено. Рецидивов гидронефроза в рассматриваемой группе пациентов не наблюдали. Данные представлены в таблице.

Таблица 1. Результаты сравнения лапароскопической пиелопластики у детей, выполненных с помощью 2D, 3D, 4K систем визуализации.

№	Изучаемые показатели	2DSD	3DHD	4KUSD
1	Количество операций	36	30	2
2	Средний возраст пациентов	5,8 ($\pm 3,6$) лет	6,0 ($\pm 4,1$) лет	28
3	Продолжительность операции	182 (± 44) мин	157 (± 32) мин	120
5	Пребывание в ОРИТ	2,6 ($\pm 1,2$) суток	1,9 ($\pm 0,7$) суток	-
6	Длительность пребывания на койке в послеоперационном периоде	14,5 ($\pm 7,1$) к/д	12,7 ($\pm 4,6$) к/д	12 к/д
7	Длительность дренирования зоны анастомоза	7,6 ($\pm 3,1$) сут	5,6 ($\pm 2,1$) сут	6 сут
8	Интраоперационные осложнения	0	0	0
8	Обострение пиелонефрита	4	3	0
9	Рецидивы за 5 лет наблюдения	0	0	0

Выводы. Наш опыт выполнения лапароскопической пиелопластики с применением 2D, 3D, 4К эндовидеокамер показал, что новые системы визуализации 3D, 4К формата улучшают результаты лечения, позволяет сократить время операции и длительность пребывания на койке.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ КЛЕММИРОВАНИЕ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ

Джакупов Д.В.

«Институт Репродуктивной Медицины», Алматы, Казахстан

Ежегодно в мире увеличивается количество женщин с диагнозом миома матки. И этот показатель имеет устойчивую тенденцию к омоложению не только среди женщин репродуктивного возраста, но даже у подростков. Данное заболевание является причиной трети хирургических вмешательств в гинекологии за последние годы. При этом, риски не реализовать женщиной репродуктивную функцию и потерять возможность стать матерью, к сожалению, все еще достаточно высоки. По данным опубликованных исследований, миому матки выявляют у 20-50% женщин — данные зависят от возраста, наследственности, сопутствующих заболеваний, индекса массы тела, стресса, образа жизни, особенностей гинекологического анамнеза и многих других параметров, которые оказывают влияние на риск развития заболевания.

Согласно данным официальной статистики, частота миомы матки у женщин репродуктивного возраста составляет 13-27 %, а в более старшем возрасте колеблется от 27 до 70 %. Но если учесть, что заболевание способно длительное время протекать без клинической манифестации, его истинная частота может значительно превышать общепринятые показатели, которые основаны на анализе частоты диагностированных случаев. При этом риск развития в возрасте старше 45 лет превышает 60 %.

Существует два основных вектора в лечении миомы матки: консервативная терапия, основанная на медикаментозной терапии, и хирургическое лечение, предусматривающее удаление миомы с сохранением либо без сохранения матки. При этом с учетом достижений современной медицины и фармакологии расширяется диапазон возможных комбинаций при выборе оптимальной стратегии и тактики лечения, а по сути, происходит интеграция консервативного и хирургического вмешательства. Более того, минимизация травматичности хирургической операции в сочетании с новыми консервативными подходами к лечению миомы матки позволяет выйти на новый уровень оказания медицинской помощи больным с данным заболеванием. При этом приоритетным остается хирургическое лечение.

Цель исследования. Улучшение результатов органосохраняющих операций на матке путем временного клеммирования маточных артерий.

Материалы и методы. В Институте репродуктивной медицины (г.Алматы) за период с 2011-2019гг. проведено 1900 лапароскопических миомэктомий с применением метода временного клеммирования маточных артерий с целью снижения интраоперационной кровопотери и улучшения результатов лечения миомы матки. В основную группу I (n=900) вошли женщины, которым лапароскопическая миомэктомия произведена по разработанной методике с временным клеммированием маточных артерий, II группу сравнения составили 1000 пациенток, которым миомэктомия проведена традиционно. Всем пациенткам перед операцией проведено стандартное клиничко-лабораторное обследование.

Результаты. Успешно разработана и внедрена в практику усовершенствованная методика лапароскопической миомэктомии, оценен объем интраоперационной кровопотери, длительность операций, осложнения в послеоперационном периоде и отдаленные результаты, включающие наступление планируемой беременности и качество сформировавшихся рубцов. При этом, метод лапароскопического временного клеммирования маточных артерий может с успехом применяться при метропластике, удалении эктопической беременности, операциях при узловом аденомиозе.

Выводы. Лапароскопическая миомэктомия с временной окклюзией маточных артерий при миомах матки больших размеров у женщин репродуктивного возраста позволяет снизить интраоперационную кровопотерю, сократить сроки восстановления, снизить количество послеоперационных осложнений и обеспечить хорошее качество налагаемых швов. Более того, временное клеммирование маточных артерий позволяет с наименьшей кровопотерей выполнить ряд органосохраняющих операций на матке. Данный метод требует дальнейшего изучения и внедрения в стандарты клинической практики.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

Хасенов Р.Е., Исмагамбетова Б.А., Мендыбаев А.А.

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан
ГКП на ПХВ «Акмолинская областная больница № 2», Нур-Султан, Казахстан

Тимомы относятся к наиболее частым новообразованиям переднего средостения, причём примерно в 40% наблюдения они сопровождаются развитием симптомо комплекса миастении. (Шкроб О.С., Ветшев П.С., Ипполитов И.Х и другие). Частота миастении составляет 5-10 случаев на 100тыс. населения.

На базе АОБ №2 в хирургии с ноября 2015 года по январь 2019 года находились на лечении 8 пациентов с генерализованной формой миастении, прогрессирующим течением. Все пациенты длительно лечились по месту жительства у невропатолога. Временное улучшение состояния сменялось прогрессированием заболевания. 3-ое из 8 пациентов были мужчины. В возрасте до 30 лет составили 2 женщины. Одна из пациенток 23 лет длительно лечилась по поводу осиплости голоса у ЛОР врача. Резкое ухудшение состояния отмечено после родоразрешения в 2015 году. У другой пациентки в 2009 году была выполнена операция - стернотомия, тимэктомия. Ремиссия отмечена в течение 7 лет. С сентября 2018 года, состояние резко ухудшилось, был выставлен диагноз: Рецидив тимомы.

В одном случае отмечен летальный исход, связанный с сопутствующей патологией. На 2 сутки после операции развился разлитой каловый перитонит в результате перфорации дивертикула сигмы (который был описан до операции, без признаков воспаления). Проводимые интенсивные мероприятия не увенчались успехом.

Все пациенты после дообследования и подготовки, прооперированы - выполнена торакоскопическая тимэктомия. Во время операции у всех больных выявлены образования переднего средостения разных размеров (тимома, гиперплазия вилочковой железы подтверждены гистологический). В послеоперационном периоде лечение продолжалось в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации, так как после тимэктомии критическим периодом являются 2-4 сутки, в течение которых у большинства больных отмечается ухудшение состояния - миастенический или холинэргический криз. В нашем случае, у двух пациентов из восьми на 2-е сутки после операции отмечено резкое ухудшение общего состояния в виде миастенического криза, который купирован консервативно. После операции продолжался прием Калия 4%-40мл в/в, под контролем лабораторных данных 3 раза в день, Калимин 60Н, Преднизолон по 60мг через день, Омез по 20мг. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии, среднее пребывание в стационаре составили 10 к/дня.

Выводы: 1. Для предупреждения рецидивов после операции по поводу опухолевого поражения вилочковой железы целесообразно удаление вместе с опухолью всей ткани вилочковой железы и жировой клетчатки переднего средостения.

2. Торакоскопическая тимэктомия является методом выбора при лечении миастении. Так как в отличие от стернотомии обеспечивается отличная визуализация переднего средостения, что позволяет радикально удалить вилочковую железу вместе с жировой клетчаткой переднего средостения, невыраженный болевой синдром позволяет активизировать больного в ранние сроки, немаловажное значение имеет и косметический эффект.

МОДИФИКАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ. ВЕКТОР РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

**Котловский В.И., Роскидайло Е.В., Зевреев Р.И.,
Герасимова М.В., Сатыбалдиев К.Ж.**

НАО «Западно-Казахстанский государственный медицинский
университет имени Марата Оспанова», Актобе, Казахстан
АМЦ «Детский стационар», Актобе, Казахстан

Проблема паховой грыжи у детей имеет большое значение для практической медицины. Её актуальность объясняется высокой частотой заболевания, которая колеблется от 0,8 до 4,4%. Заболевание у мальчиков встречается в 10 раз чаще, чем у девочек. Возникновение врождённой косой паховой грыжи у детей связано с нарушением процесса облитерации вагинального отростка брюшины, которая в норме происходит обычно в сроки 36-40 недель гестации. Грыжесечение остаётся одной из самых частых операций у детей, уступая по частоте лишь аппендэктомии. Традиционная «открытая» высокая перевязка шейки грыжевого мешка долгое время являлась золотым стандартом в лечении паховой грыжи у детей, демонстрируя хорошие результаты. Вместе с тем, она не лишена недостатков. К ним относятся возможные осложнения, такие как: послеоперационная дистопия яичка (5%), гематома мошонки, повреждение элементов семенного канатика (1-2%) и раневая инфекция. Кроме того, используя хирургический доступ при паховой грыже, хирург зачастую был вынужден выполнять повторную операцию по поводу грыжи на контралатеральной стороне. Известно, что в 10-40% случаев односторонняя грыжа сопровождается бессимптомной грыжей с противоположной стороны, которая проявляет себя лишь через время. Поскольку выполнить ревизию контралатеральной стороны из существовавшего доступа невозможно, то в большинстве стран мира протокол хирургического лечения паховой грыжи предусматривал ревизию контралатеральной стороны, которая выполнялась хирургическим доступом. Первые сообщения о чрезкожной пункционной герниоррафии (PIRS) сделали Takeda H. и Patkovski D. в 2006 году. Авторы предложили под контролем телескопа малого диаметра, составлявшего 3 мм, ушивать кисетным швом внутреннее кольцо пахового канала, не входя в брюшную полость, предбрюшинно. При этом не требовалось никаких инструментов, кроме иглы для спинномозговой анестезии по Туохи. В 2017 году мы модифицировали операцию,

было прооперировано 75 детей. Из них 64 у мальчиков и 11 - у девочек. У 43 пациентов, что составляет (57%) от общего числа операции, грыжа располагалась справа, у 24 пациентов (32%) слева, 8 пациентов (11%) с двух сторон. В послеоперационном периоде на месте послеоперационного прокола из-за жесткости шовного материала на месте узла, возвышался бугорок, в связи, с чем родители и хирурги поликлиники были обеспокоены припухлостью на месте послеоперационного рубца. Хирургам нашего лапароскопического отделения, приходилось не однократно объяснять родителям, что это ниточки, которыми ушивается грыжевой мешок, что с увеличением подкожно жировой клетчатки и возрастом ребенка припухлость исчезнет. Для того, чтобы в дальнейшем избежать подкожный дефект и беспокойство родителей, вместо нити ррolen 2/0, мы стали использовать шовный материал этибонд 2/0, так как он мультифиламентный и по структуре своей мягкий, в результате на месте узла подкожный дефект отсутствовал. С модификацией данной методики мы получили отличный косметический эффект, и отсутствие жалоб от родителей.

Цель работы. Изучить наш опыт применения методики лапароскопической пункционной чрезкожной герниорафии у детей.

Результаты. Средняя длительность операции составила 12 (± 4) минут. Интраоперационных осложнений не было. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 1,2 суток. Рецидивы отмечены в 5 случаях. Причем 3(3%) из них пришлись на первые 100 операций, в период освоения методики. Остальные 2 (0,5%) на последующие 402. В одном случае произошло осложнение, связанное с рецидивом паховой грыжи. Произошло длительное ущемление петли подвздошной кишки, что привело к некрозу ее стенки. Для устранения осложнения потребовалась лапаротомия с резекцией участка кишки. Наступило выздоровление. В модификации осложнений не было.

Выводы. Методика лапароскопической пункционной чрезкожной герниорафии у детей является эффективной, безопасной, надежной, малоинвазивной операцией. Она может применяться в качестве альтернативы лапароскопической и открытой герниопластики паховой грыжи у детей обоего пола и всех возрастных групп. Для более точной оценки метода необходимо проведение сравнительного рандомизированного исследования.

НА ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КИСТЕ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

**Котловский В.И., Ергалиев А.Е., Досмагамбетов С.П.,
Дженалаев Б.К., Роскидайло Е.В.**

НАО «ЗападноКазахстанский медицинский университет им. М. Оспанова»,
Актобе, Казахстан

Киста общего желчного протока является редким врожденным заболеванием детского возраста. Оно сопровождается мешковидным расширением гепатикохоледоха. Лечение хирургическое. Большинство авторов в настоящее время рекомендуют полное иссечение наружных желчевыводящих путей с формированием гепатико-еюно анастомоза на Руех-петле.

Материалы и методы исследования. Для постановки диагноза кисты холедоха наряду с клиническими данными выполнялось УЗИ, КТ с контрастированием, МРТ в режиме «холангио», рентгенологическое исследование желчевыводящих путей путем их прямого контрастирования. Оперативное вмешательство производилось с помощью эндохирургического оборудования компании “KarlStorz” с использованием видео системы “SPICE”. На первом этапе выделяли желчный пузырь. Используя его как «держалку», выделяли гепатикохоледох с кистой. Дистальную его часть у впадения в двенадцатиперстную кишку перевязывали и отсекали, проксимальную отсекали на 1-1,5 см дистальнееконфлюэнции. Затем пересекали тощую кишку на расстоянии 15 см от связки Трейца. На расстоянии 50-60 см отводящей петли тонкой кишки накладывали энтеро-энтеро анастомоз «конец в бок» ручным экстракорпоральным однорядным узловым швом (монокрил 4/0). Заглушенный конец тощей кишки через окно в мезоколон подвели к воротам печени. Гепатико-еюно анастомоз формировали 8-10 узловыми, однорядными, экстракорпоральными, швами (PDS 5/0).

Результаты. За истекший период времени с применением лапароскопической техники нами выполнено 12 операций по поводу кисты холедоха. Возраст пациентов колебался от 6 месяцев до 14 лет. Из них 5 мальчиков и 7 девочек.

Таблица 1. Сравнительные результаты

	Вид операционного доступа	Количество пациентов	Среднее время операции	Осложнения	Длительность пребывания в РО	Длительность пребывания в стационаре
1	Лапароскопия и мини разрез	5	3 часа 40 мин	Стриктура гепатико-еюно анастомоза - 1	6, 4 суток	26 суток
2	Лапароскопия	7	4 часа 10 мин	Стриктура гепатико-еюно анастомоза - 1	5, 2 суток	23 суток

Заключение. Удаление кисты холедоха у детей лапароскопическим и гибридным доступом является сложной реконструктивной операцией, требующей высокого уровня владения эндохирургической техникой оперирования. Преимущества лапароскопического доступа перед гибридным не является очевидным. Требуется накопление достаточного опыта подобных операций для преодоления кривой обучения и объективной сравнительной оценки ее результатов.

НАШ ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ

Котловский В.И., Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К., Роскидайло
Е.В., Сатыбалдиев К.Ж.

НАО «ЗападноКазахстанский медицинский университет им. М. Оспанова»,
Актобе, Казахстан

К хирургическим заболеваниям диафрагмы детского возраста относятся истинные диафрагмальные грыжи (ИДГ), ложные диафрагмальные грыжи Богдалека (ЛДГ), парастернальные грыжи Морганьи (ПСГ) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). С внедрением в детскую хирургическую практику эндовидеохирургических технологий возник интерес к эндохирургическим методам лечения заболеваний диафрагмы.

Цель исследования. Оценить возможности применения эндохирургических методов лечения заболеваний диафрагмы у детей.

Материалы и методы. Всем пациентам проводилось тщательное клинико-лабораторное обследование. Ведущими для диагностики ДГ являлись: рентгенография грудной клетки, КТ, МРТ, при которых органы брюшной полости обнаруживались в плевральных полостях. При ГПОД кроме рентгенографии грудной клетки, КТ, МРТ, весьма информативной являлась фиброгастродуоденоскопия, при которой определялись явления эзофагита, зияние кардиального жома и его смещение выше ножек диафрагмы.

Результаты. В период с 2008 по 2019 год нами выполнено 42 эндохирургических вмешательств по поводу хирургических заболеваний диафрагмы у детей (таблица 1).

Таблица 1. Результаты сравнения различных видов грыж

	Нозология	Кол- во	%	Осложнения
1	Истинная диафрагмальная грыжа	10	(24%)	0
2	Ложная диафрагмальная грыжа	6	(14%)	Летальность - 2(4,7%) от общего числа ДГ 33% от всех ЛДГ
3	Парастернальная грыжа	2	(4,8%)	0
4	ГПОД	24	(57,2%)	Дисфагия - 1 пациент
5	Всего	42	100%	3 (7%)

Выводы. Эндохирургические методы представляет собой хорошую альтернативу «открытым» операциям. Они позволяют значительно снизить операционную нагрузку, улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

ОБОСНОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПРИ НАЛОЖЕНИИ РЕТРОПУБАРНОГО СЛИНГА

Полухова А., Алиева Р., Магалов И.

«Азербайджанский Медицинский Университет», Баку, Азербайджан

Идея использования лапароскопического контроля при субуретральном наложении свободной ретропубарной синтетической петли (СУРС) не является абсолютно новой. Коррекция стрессового недержания подобным образом описана в работах Marco A. Pelosi III (1996) и John Y. Phelps (2003). В 2016 году группой из Клермон –Ферра (Clermont-Ferrand), Франция в видео-статье, опубликованной в журнале «Минимально инвазивной гинекологии» (JMinim Invasive Gynecol), была наглядно продемонстрирована техника установки слинга с лапароскопической ассистенции. Визуализация прокола стенок влагалища и проведения игл в предпузырном пространстве, по мнению авторов, позволяет отслеживать анатомические структуры, предотвращает их произвольное повреждение, а если даже последнее имеет место своевременно принять меры.

Ретроспективный анализ всех операций с установкой субуретрального ретропубарного слинга в двух клиниках г. Баку, Азербайджан (Kliniki Tibbi Mərkəz – КТМ и Tədris Sərrahiyə Qorpusu -ТСК) с 2014 по 2017 гг, показал, что в 75% случаев петля накладывалась в сочетании с удалением матки или коррекцией сочетанного тазового дефекта, причем в более чем половине этих случаев использовался лапароскопический доступ (61%). На основании данного наблюдения было начато исследование, с целью того, чтобы выяснить насколько рациональным является «слепое» проведение петли во время эндовизуальной хирургии.

Материалы и методы. С апреля 2018 года нами выполнены 14 операций по коррекции стрессового недержания мочи (СНМ) в сочетании либо с тотальной лапароскопической гистерэктомией (ТЛГ) или лапароскопической коррекцией сочетанного тазового дефекта (ЛКП). В 6 случаях (4 ТЛГ+2 ЛКП) была использована синтетическая петля, а у 8 пациенток (1 ТЛГ+7 ЛКП) – лапароскопическая паравагинальная кольпосуспензия. Оперированным женщинам было от 40 до 65 лет. Послеоперационный контроль на данный момент составляет от 2-х недель до 3-месяцев.

Результаты. Наши первичные результаты показывают, что предпузырное пространство в подавляющем большинстве случаев богато венозными сплетениями, а проведение «специально сконструированных» игл плотной близости к лону, не заходя в окружающую мочевой пузырь жировую клетчатку требует порой в силу анатомических

особенностей таза определенных усилий. Сравнительно двух методов коррекции СНМ, то явной разницы в длительности вмешательства и послеоперационных результатах не было выявлено.

Обсуждение. Несмотря на пока незначительное число пациентов и относительно короткий срок послеоперационного наблюдения, уже сейчас можно поставить под сомнение «слепое» проведение СУРС во время эндовизуальных вмешательств. С другой стороны, насколько обосновано использование самой синтетической петли в подобных случаях требует дальнейшего продолжения исследования.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ В БМЦ УДП РК

Башарова Г.Е., Гатин Р.Ф., Габбасов Е.М., Сейсембеков Д.Т.

«Больница Медицинского Центра Управления Делами Президента
Республики Казахстан», Нур- Султан, Казахстан

Цель исследования. Анализ работы гинекологической службы в БМЦ УДП РК за 2015-2019 гг.

Материалы и методы исследования. Гинекологическая служба БМЦ УДП РК представлена в составе хирургического отделения №2, развернута на 11 коек, была открыта в апреле 2015 года. За прошедший период выполнено 2312 гинекологических операции, из них 1896 - эндоскопических. Прикрепленный контингент составил - 732(31,6%) пациента, 1580(68,4%) - больных пролечено по тендеру (ВСМП, СМП и платные услуги). Средний возраст пациентов составил от 18 до 78 лет. Все пациентки были информированы о методе оперативного вмешательства и дали подписанное информированное согласие на операцию и на переливание крови согласно концепции нашей клиники, также все они за 30 минут до операции получали антибиотикопрофилактику.

Пациентки с гипертермией до 37,5 в послеоперационном периоде, получали антибактериальную терапию. Лихорадка определялась как температура больше 38С при двух последовательных измерениях, проводимых с интервалом не менее 6 часов, за исключением первых 24 часов. Длительность госпитализации рассчитывали от дня поступления до выписки. Послеоперационная оценка боли проводилась по стандартному протоколу через 2,4,12 и через 24 часа, анальгетиком в наших случаях был раствор кеторолак 2 мл, в/м. Все пациенты выписаны на 5-6 сутки в удовлетворительном состоянии домой, за исключением нескольких случаев.

С помощью лапароскопического доступа на сегодняшний день можно выполнить практически весь объем хирургического вмешательства в гинекологии. Опыт выполнения гинекологических операций показал, что лапароскопическая хирургия

малотравматична, экономический выгодна, безопасна и что немаловажно – имеет косметический эффект. Обоснование основных оптимальных методов в эндоскопической гинекологии, определение показаний и противопоказаний определило методики проведения таких операции, как тубэктомия и туботомия при трубной беременности, реконструктивно-пластические операции при бесплодии, цистэктомии при доброкачественных образованиях яичников, миомэктомии, гистерэктомии при миомах матки, промонтофиксации матки с применением сетчатого протеза при пролапсах.

В Республике Казахстан бесплодие является наиболее важной медико-социальной проблемой, 24,7% из которого приходится на трубно-перитонеальный фактор. На сегодняшний день доказана высокая эффективность лапароскопических операции при трубно-перитонеальной форме бесплодия, нами проведено 138 операции по поводу бесплодия, операции проводились в 1 фазе менструального цикла, на 7-12 день, у 96(70%) пациенток добились восстановления проходимости маточных труб. Из 48 лапароскопических операций проведенных по поводу трубной беременности 31(64,5%) случаев закончился туботомией и удалением плодного яйца, с сохранением маточной трубы, что в свою очередь снижает частоту репродуктивных нарушений после операции.

Также, мы пересмотрели тактику при перекрутах придатков матки. Определяющими факторами в действиях хирурга являлись – возраст, степень вовлечения в перекрут тканевых структур, также степень трофических изменений. Нами проведено 8 операции, из них в 3(37,5%) случаях мы раскручивали придатки, устраняли причину перекрута – проводили цистэктомию.

Миома матки определяется у 75-85% женщин независимо от их возраста и особенности гинекологического и соматического анамнеза. 20-30% случаев представляет симптомная миома матки. Значимость миомы матки, как заболевания, определяется снижением качества жизни, в связи с переносимыми ограничениями, клиническими проявлениями, какими как кровотечения, тазовые боли, учащенное мочеиспускание и репродуктивные проблемы. В связи с чем, у нас в клинике проводятся органосохраняющие операции. Лапароскопических миомэктомии проведено 328, с различной локализацией и размерами миоматозных узлов, что позволило не только сохранить фертильную функцию этим пациенткам, но и устранить нарушения менструального цикла. Для снижения кровопотери у пациенток с выраженной анемией и множественными миоматозными узлами, размером больше 6 см, в 128(39%) случаях применяли препарат реместип 2 мл разведенного на 100 мл физиологического раствора по стандартной схеме.

В Больнице Медицинского Центра УДП РК мы выработали определенноализанные показания и противопоказания для субтотальной и тотальной гистерэктомии у пациенток с реализованной репродуктивной функцией. При отсутствии патологических изменений на шейке матки проводились лапароскопическая субтотальная гистерэктомия – 276 случаев, тотальная гистерэктомия – 344 случая. Средняя

продолжительность операции составила 50-100 минут, в зависимости от размеров матки, также от спаечного процесса, от ранее перенесенных операции. Осложнения были при лапароскопической тотальной гистерэктомии миомы матки до 19 недель беременности в 2 (0,58%) случаях – повреждение мочеточника и пузырно-влагалищный свищ. В первом случае повреждение мочеточника диагностировано на 3 сутки, проведено дополнительно обследование, УЗИ почек, экскреторная урография, проведена повторная операция – пересадка мочеточника, выписана пациентка на 10 сутки домой в удовлетворительном состоянии, наблюдалась в течении 3-х лет после операции, без особености. Во 2 случае свищ диагностирован после выписки домой, на 15 сутки послеоперационного периода. Произведена цистоскопия, обнаружен дефект по задней стенке мочевого пузыря диаметром 5мм. Данная пациентка готовится на плановую операцию, по поводу устранения свища.

Промонтофиксация матки с применением сетчатых протезов, по поводу пролапса, оперированы 296 пациента. С субтотальной гистерэктомией -198(66,9%) больным, 98(33,1%) - без удаления матки. 201(67,9%) случаях проводились реконструктивные операции по поводу несостоятельности мышц тазового дна – задняя кольпоррафия с перинеолеваторопластикой, 60(20,3%) пациентам выполнялись дополнительно уретровагинопексия в модификации Берча, в 8(13,3%) случаях из котрых отмечался рецидив. Также нами проведено установка урослинга 60 пациентам по поводу стрессового недержания мочи, где рецидивов не отмечалось в дальнейшем наблюдении не отмечалось.

На сегодняшний день произошло изменения соотношения лапаротомных и лапароскопических операции в пользу лапароскопических. Из проведенных нами 2312 операции: 4(0,2%) лапаротомии и 1896(82%) эндоскопических операции, 412(17,8%) операции влагалищным доступом. Стоит отметить эндоскопическую внутриматочную хирургию, нами выполнено 308 гистероскопических операции, поводом которых были полипы, гиперплазии, субмукозные миоматозные узлы, внутриматочные синехии, перегородки. В 48(15,6%) случаях были гистерорезекции по поводу субмукозных узлов.

По результатам анализа хочется сделать следующие заключения:

1. Техника лапароскопических операции продолжает развиваться и совершенствоваться, растет диапазон применения этих операции.
2. Гистероскопическая хирургия – оптимальный малоинвазивный и экономический выгодный метод внутриматочной патологии.
3. Чем больше размер матки, тем выше риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Муканов Е.Т.

«Городская многопрофильная больница», Уральск, Казахстан

В данной работе представлен собственный опыт лечения 127 пациенток с острыми гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки; клиники заболевания и описание проведения органосохраняющей тактики.

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) продолжают занимать лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, создавая тем самым основные медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире (Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., 1996; Медведев Б.И. с соавт., 2001; Краснопольский В.И. с со-авт., 2004; Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., 2007; Quentin R., Lansac J., 2000; Barrett S., Taylor C., 2005; Dayan L., 2006; Sweet R.L., Wiesenfeld H.C., 2006). Пациентки, страдающие данной патологией, составляют 60-65% амбулаторных и около 30% стационарных гинекологических больных (Савельева Г.М. с соавт., 1997). За последние годы во всем мире зафиксирован рост числа ГВЗПМ на 3-9 раз у женщин, использующих внутриматочную контрацепцию (Краснопольский В.И. с соавт., 2006), причем в 3 раза увеличилась частота tuboовариальных образований воспалительной этиологии (Краснопольский В.И. с соавт., 2001). В США ежегодно регистрируют около 1 млн случаев воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, причем у каждой 4-й из них возникают осложнения[1]. Серьезную тревогу вызывает значительное «омоложение» воспалительных заболеваний придатков матки. Из всех больных сальпингоофоритом 70% женщин моложе 25 лет, 75% - нерожавшие (Радзинский В.Е., Духин А.О., 2004). При этом наибольшие темпы роста заболеваемости ГВЗПМ отмечены у женщин в возрасте 20-24 лет - в 1,4 раза и 25-29 лет - в 1,8 раза (Кулаков В.И. с соавт., 2001). Заболевание у 65-78% больных протекает тяжело, женщины теряют трудоспособность и зачастую остаются бесплодными (Евсеев А.А. и соавт., 2003). Последствия перенесенного сальпингоофорита достаточно серьезны: 24-30% женщин отмечают тазовый болевой синдром в течение 6 месяцев и более после лечения, 43% имеют эпизоды обострения воспалительного процесса, у 15% следствием является эктопическая беременность, 10-40% останутся бесплодными (Ross J., 2005; Crossman S.H., 2006). У пациенток с ГВЗПМ в 6 раз чаще, чем у здоровых, наблюдается эндометриоз, их в 6 раз чаще оперируют по поводу внематочной беременности и им в 8 раз чаще, чем в основной популяции, удаляется матка (Краснопольский В.И. с соавт., 2001).

Однократно перенесенный воспалительный процесс придатков матки приводит к бесплодию в 25-30% случаев, двукратно - в 45-50%, троекратно - в 70%. Риск развития внематочной беременности после перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза повышается в 5 раз [3].

Внедрение современных инвазивных диагностических и лечебных методов, к сожалению, способствовало росту ГВЗПМ, возбудителями которых являются условно-патогенные микроорганизмы (Константинова О.Д., 2004). Воспалительные процессы, вызванные эндогенной флорой, как правило, характеризуются стертой клинической симптоматикой и торпидным течением с частыми обострениями (Raavonen J., 1998; Beigi R.H., Wiesenfeld H.C., 2003).

По данным Г.М.Савельевой и соавт. (1997 г.), ведущая роль в развитии сальпингоофорита принадлежит стафилококкам (65,3%); кишечной палочке (35,1%), гонококкам (10,6%) и хламидиям (27,1%). Другие исследователи приводят данные о том, что анаэробно-аэробные ассоциации микроорганизмов обуславливают острые воспалительные заболевания половых органов в 25-60% случаев, гонококки - 25-50%, хламидии - 25-30% наблюдений. Ю.В. Цвелев указывает на то, что у 80-85% пациенток при гнойных заболеваниях придатков матки в патологическом очаге выделяются облигатные анаэробные микроорганизмы [1, 4].

Необязательными стали такие симптомы, как повышение температуры тела, болезненность при пальпации живота, а в общем анализе крови часто отсутствуют изменения, характерные для острого воспалительного процесса, что создает дополнительные трудности в раннем распознавании острой стадии заболевания. Отсюда становится понятным высокий процент диагностических ошибок и рост числа запущенных форм гнойного воспаления [1].

Тяжесть течения сальпингоофорита в современных условиях зачастую усугубляется развитием аутоиммунных процессов, направленных на повреждение собственных тканей (Буянова С.Н. с соавт., 2004). В частности, на сегодняшний день одним из основных факторов, способствующих возникновению первично-яичниковой недостаточности и бесплодия, после перенесенного воспалительного процесса придатков матки является аутоиммунный оофорит (Айламазян Э.К. с соавт., 2002; Vadia P., 1998). Вместе с тем до настоящего времени аутоиммунный оофорит является почти не диагностируемой патологией в широкой врачебной практике и не учитывается при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

Каждое десятилетие вносит свои изменения в этиологические и клинические аспекты данной проблемы. Высокая частота воспалительных заболеваний половых органов непосредственно связана с повышением устойчивости патогенной микрофлоры к антибактериальным препаратам и снижением эффективности действия последних. Поэтому важная роль в современное время придается рациональной антибактериальной терапии. Лечебный эффект применяемых антибиотиков зависит не только от высокой активности применяемого препарата и чувствительности к нему микроорганизма, но и от длительности сохранения его терапевтической концентрации в очаге воспаления. К сожалению, традиционные способы введения антибиотиков не создают достаточно высоких и длительно действующих концентраций (Зубарев П.Н. с соавт., 2005) в маточных трубах и яичниках, особенно при гнойных процессах.

Несмотря на широкое применение антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов, физиотерапевтических методов, ГВЗПМ в современных условиях нередко приобретают затяжное течение, переходят в хронические формы и чаще других гинекологических заболеваний вызывают временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности (Серов В.Н. с соавт., 2003).

ГВЗПМ – это наиболее тяжелая патология, приводящая к потере специфических женских функции, инвалидизации и даже к летальности [4]. При гнойном поражении придатков матки возникает реальная угроза не только здоровью, но и жизни больной (Щукина Н.А., 2001; Dulin J.D., Akers M.C., 2003).

В последние годы отчетливо прослеживаются характерные особенности клинических проявлений и динамики течения ГВЗПМ, в связи с которыми увеличилось число больных, поступающих в тяжелом состоянии, с наличием далеко зашедшего процесса, при котором выявляются «конгломератные» образования, с распространенным перифокальным спаечным процессом. Однако, несмотря на достижения в этой области, четкая концепция при выборе тактики хирургического вмешательства пока отсутствует. К сожалению, во многих лечебных учреждениях при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства до настоящего времени предпочтение отдают радикальным классическим операциям, что объясняется, в первую очередь, стремлением уменьшить риск развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, - но в то же время в подобных случаях хирургическое вмешательство зачастую оказывается нерадикальным, так как не удается полное удаление гнойного очага, а настойчивые попытки его удаления нередко заканчиваются травмой соседних органов брюшной полости и крупных сосудов. Конечные результаты терапии ГВЗПМ зависят именно от того, насколько полно удален имеющийся гнойный очаг. В последние годы наметилась отчетливая тенденция к выполнению органосохраняющих операции при данной патологии [2, 4, 9, 10, 11].

Все это говорит об актуальности проблемы диагностики и терапии воспалительных заболеваний придатков матки и необходимости дальнейшей разработки более достоверных, информативных и объективных критериев, позволяющих выявить патологические изменения на самых ранних стадиях воспалительного процесса, а также рациональных методов терапии с последующей реабилитацией, которые предупредят возможность перехода заболевания в хроническую форму и создадут условия для полной реабилитации подобных больных.

Цель исследования. Разработать и обосновать систему дифференцированного подхода к выбору метода органосохраняющей операции и уменьшения радикальности хирургического вмешательства при оперативной лапароскопии у больных с ГВЗПМ.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели обследовано 127 пациенток ГВЗПМ. Средний возраст составил – $32,8 \pm 1,5$ лет. Средний возраст начала половой жизни составил $17,3 \pm 2,3$ года. Репродуктивный анамнез указывал, что у 30 (23,6%) пациенток ранее не было беременности, у 44 (34,7%) пациенток ранее были один и более аборта, у 53 (41,7%) - было один и более родов. У 12 (9,5%) пациенток ранее была внематочная беременность, 22 (17,3%) - неразвивающаяся беременность.

У 48 женщин (37,7%) – ранее или на момент госпитализации использовали внутриматочные контрацептивы. Оральными контрацептивами пользовались 33 (25,9%) пациенток, презервативами – 47 женщин (37%), не использовали средства

контрацепции 17 (13,4%), в 30 (23,6%) случаях – использовали прерванный половой акт.

Ранее бесплодием страдали 17 женщин (13,4%). В анамнезе у 44 (34,7%) ранее были от одного и более эпизодов ВЗПМ, а 20 (15,7%) женщин ранее получали консервативное стационарное лечение, у 7 (5,5%) пациентов – в анамнезе различные оперативные вмешательства по поводу гинекологических заболеваний (острый катаральный сальпингит, гнойный сальпингит, тубоовариальные образования, внематочная беременность, ДОЯ).

Длительность заболевания до госпитализации со слов женщин от 1 суток до 2-х недель.

Жалобы на боли внизу живота указывали все пациентки – 100%; умеренного характера предъявляли в 55 (43,3%) случаях, в 72 (56,7%) – схваткообразные боли интенсивного характера. Повышение температуры отмечалось в 117 (92,1%) случаях, т.е. у 10 (7,9%) женщин – не было повышения температуры; на повышение температуры до 38С указывало 44 (37,6%) женщины, до 38-39С указывало 53 (45,3%) женщин; на повышение температуры 39-40С – 15 (12,8%), на гипертермию до 41С – 5 (4,3%).

Жалобы на гнойные выделения предъявляли 93 (73,2%) женщины, указывали на обильные выделения с запахом – 14 (11%), у 10, а 10 не предъявляли жалоб.

На нарушения менструальной функции указывали 61 пациентка, на рези при мочеиспускании.

Все пациенты условно разделены на 2 группы: 1 группа (54 пациента – 43%) – жалобы на боли умеренного характера, умеренный лейкоцитоз не более $16 \times 10^9/\text{л}$, отсутствие эффекта от консервативной антибактериальной терапии, локализованные очаги инфекции (гнойный сальпингит, пиосальпинкс ограниченным пельвиоперитонитом; 2 группа (73 пациента – 57%) – жалобы на интенсивные боли внизу живота, интоксикация, лейкоцитоз выше $16 \times 10^9/\text{л}$; распространенные очаги инфекции (абсцесс яичника в сочетании с пиосальпингсом, выраженным спаечным процессом с соседними органами, тубоовариальные образования, распространенный перитонит). Во всех клинических случаях имели место перитонеальные явления, симптомы раздражения брюшины.

В результатах анализов выявлены следующие отклонения: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение уровня СРБ, ускоренная СОЭ, изменение фибриногена, снижение гемоглобина, снижение значительное при длительном воспалительном процессе глобулинов; а также наличие лейкоцитов, эпителия и эритроцитов в клиническом анализе мочи.

Более значительное повышение СРБ отмечается во 2-й группе чем в 1-й группе: более $83 \pm 2,7$ г/л, при этом у части пациентов 2-й группы, у которых имеется длительно текущий воспалительный процесс более 5-7 дней – отмечается более существенное снижение альбумина: $26 \pm 3,4$ г/л.

Проводились следующие виды обследования: бимануальное исследование, рентгенологический, ультразвуковой, гистологический, биохимический, общие клинические, бактериологический, контрольно-санационная лапароскопия.

Результаты бактериологического исследования цервикального канала и бактериального посева из гнойных очагов интраоперационно – выявил в 53% сочетание различных микроорганизмов, как монокультура кишечная палочка выявлена в 21%, различные виды стафилококков в 19%, в 17% - не было роста микроорганизмов.

Всем пациентам проведено оперативное вмешательство. При проведении лапароскопии техника операции проводилась согласно описанной Стрижаковым А.Н. и Давыдовым А.И. На 1-м этапе проводилась эвакуация патологического выпота, оценка выраженности воспалительного процесса, санация брюшной полости растворами антисептиков. На 2-м этапе мобилизация маточных труб и яичников, а также их патологических образований, разъединение спаечного процесса между кишечником, сальником и брюшиной с использованием ножниц и аспиратора, для коагуляции проводили точечную коагуляцию биполярными щипцами. На третьем этапе проводили опорожнение и санацию содержимого тубоовариальных абсцессов, абсцесса малого таза и межпетельных абсцессов, гнойных затеков. Основная целью данного этапе предупредить истечение содержимого абсцесса. Сальпинготомия в зависимости от клинической ситуации проводилась монополярным крючком или ножницами [6, 7].

При выборе объема хирургического вмешательства учитывали возраст, репродуктивный анамнез, репродуктивные планы, степень поражения и деструкции маточных труб и яичников [8].

В 1-й группе проведено контрольно-санационная лапароскопия в сочетании или без интраоперационной гидротубации антисептиками у 34 (26,8%) женщин, у 9 (7%) – сальпинготомия, у 11 (8,6%) – одно- или двусторонняя тубэктомия. Во 2-й группе в 13 случаях проведена лапаротомия, в 60 случаях – лапароскопия. Радикально одно- или двусторонняя аднексэктомия проведена в 52 (40,9%) случаях, в 21 (16,5%) случае – проведена органосохраняющая тактика, которая заключается в разъединение спаечного процесса с удалением изолированно маточной трубы и сохранением полностью яичника. Во всех случаях проводилась интраоперационно санация растворами антисептиков или физ.раствором с последующим дренированием брюшной полости трубчатыми или перчаточными дренажами. В 8 (6,3%) случаях оставлены микроирригаторы для введения канамицина или гентамицина внутривнутрибрюшинно. В 5 (3,9%) случаях было интраоперационно ранение кишечника в виде значительной десерозации или проникающего в просвет кишки дефекта стенки с наложением узловых швов, а в 3-х (2,4%) случаях было ввиду значительного дефекта – консультативно с хирургами была проведена операция по типу Гартмана с выведением двуствольной стомы на переднюю брюшную стенку. В 4-х случаях в послеоперационном периоде отмечалось осложнение в виде картины кишечной непроходимости, в 2-х случаях проведены повторные операции – лапароскопии с целью санации и разъединения спаечного процесса, а в 1 случае оперирована дважды в

послеоперационном периоде (лапароскопия и лапаротомия), интраоперационно во время 2-й операции в послеоперационном периоде обнаружено тонкокишечное свищевое отверстие, которое было ушито. Все случаи послеоперационных осложнений были после радикальной 2-х сторонней аднексэктомии с санацией брюшной полости и дренированием. Длительность пребывания при развитии осложненного течения послеоперационного периода был от 21 до 38 дней.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Дисюкеева Е.П., Бокебаева А.Ш.

КФ «УМС» Nazarbayev University, Нур-Султан, Казахстан
НАО «Медицинский Университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

В настоящее время наблюдается рост предраковых заболеваний и рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста. Рак шейки матки (далее РШМ) занимает второе место по частоте среди злокачественных новообразований органов половой системы у женщин и первое место среди онкогинекологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет. РШМ является одним из распространенных заболеваний у женщин, после рака молочной железы и на долю данной формы рака приходится около 10% всех зарегистрированных случаев рака в мире. РШМ — форма злокачественного новообразования, доступная для визуального наблюдения и выявления на ранней стадии (*in situ*), которая может быть излечена малотравматичными манипуляциями. По данным ВОЗ, переход дисплазии шейки матки в рак *in situ* длится в среднем 3-5 лет, еще 10-15 лет проходит до развития микроинвазивного рака и столько же до перехода в распространенную форму. Единой тактики ведения больных разных возрастных групп с заболеваниями шейки матки (CIN) не существует. [1, 2].

Современные диагностические алгоритмы включают в себя расширенную кольпоскопию, цитологический мазок по Папаниколау, маркеры ВПЧ и молекулярно-биологические методы [3].

В современной медицинской практике имеется широкий спектр методов лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, но не все из них соответствуют онкологическим принципам. В связи с этим, необходимо получение материала, иссеченного в пределах здоровых тканей, для «тотального» гистологического исследования с использованием серийных срезов. По рекомендации ВОЗ для лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки следует использовать – криодеструкцию, электроэксизию, ножевую конизацию, так же активно используют диатермокоагуляцию, аргоноплазменную аблацию, широкополосную радиоволновую хирургию, лазерную деструкцию. Эффективность лечения деструктивными методами составляет от 45% до 97 % [1, 2, 4].

Наиболее распространенной методикой конизации является диатермохирургический метод в силу своей невысокой стоимости. ДЭК широко применялась во всем мире для лечения больных с фоновыми заболеваниями. Однако, данными отечественных ученых (Бохман Я.В., 1992; Вишневская Е.Е., 1994) было еще

раз подтверждено, что при ДЭК излечиваются только патологические процессы, локализующиеся в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия. При этом отсутствует возможность полноценного гистологического контроля. В результате несвоевременно может быть распознан преинвазивный и микроинвазивный рак шейки матки. В отличие от других видов деструкции при ДЭК заживление происходит медленно, процесс полного восстановления структуры шейки матки завершается только к 9-12 месяцам. Частота осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 6,2 до 47,2%. К ним относятся: кровотечение при отторжении струпа, обострение хронического воспалительного процесса, нарушение менструальной функции, рубцовые изменения шейки матки, посткоагуляционный эндометриоз, бесплодия (шеечный фактор), рецидивы эктопии, образование ретенционных кист, выкидыши, преждевременные роды, дистоция шейки матки в родах [4, 5, 8].

Криодеструкция метод, в основе которого используется зонды NO₂ или CO₂, для прицельного замораживания до -70-90С зоны трансформации на шейке матки. Криокоагуляция продолжительностью 2 мин позволяет проникать на глубину 5 мм, эффективность лечения при этом составляет 80%. Однако недостатком метода является невозможность взятия биопсийного материала. Не применяется при дисплазиях средней и тяжелой степени [4, 5].

Эффективность лазерной вапоризации значительно выше и составляет по данным ряда авторов от 78 до 98%. Этот метод позволяет контролировать глубину воздействия и обладает стерилизующим эффектом в отношении ВПЧ. [4, 5, 6, 7].

Широкополосная радиоволновая хирургия – атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей, без их разрушения путем электрохирургического воздействия в диапазоне радиоволны (от 100 кГц до 105 кГц), позволяющий взять материал для гистологического исследования хорошего качества. Плюсами метода являются: практически бескровное операционное поле, быстрота выполнения, минимальная болезненность процедуры, отсутствие инфильтрации, стерилизующий эффект радиоволны, заживление без рубцевания. Возможность проведения петлевой биопсии, множественной петлевой биопсии, эксцизии и конизации при любой степени CIN [6, 7, 8].

Наблюдение и реабилитация после проведенного лечения должны проводиться через 2-6 недель и включает: гинекологическое исследование - для оценки заживления шейки матки, консультирование о необходимости наблюдения в динамике, обсуждения результатов гистологического исследования. Согласно рекомендации международных протоколов, необходимо регулярное вирусологическое (ВПЧ генотипирование), цитологическое исследование и кольпоскопия [1, 2, 8].

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО МАРКЕРА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Кукубасов Е.К.¹, Берглеуов О.О.¹, Болатбекова Р.О.², Айдаров А.Е.²

¹Казахский НИИ онкологии и радиологии

²Алматинский онкологический центр

У большинства солидных опухолей оценка лимфоузлов очень важна для пациенток, проходящих лечение в связи с раком шейки матки или эндометрия. Для

этих заболеваний состояние лимфоузлов является одним из наиболее значимых прогностических факторов. У пациенток плановая лимфодиссекция приводит к увеличению времени операции, дополнительным расходам и повышению вероятности интра- и послеоперационных осложнений, таких как кровотечение, повреждение мочеточников и нервов, лимфатического отека нижних конечностей, образования лимфоцеле и потери чувствительности.

Цель исследования. Использовать флуоресцентный маркер для обнаружения сигнальных лимфоузлов при онкогинекологической патологии.

Материалы и методы. В Казахском НИИ онкологии и радиологии использовался ICG – флуоресцентный маркер для обнаружения и диссекции сигнальных лимфоузлов у 2 пациенток с верифицированным диагнозом рак шейки матки и рак эндометрия.

Результаты. У пациентки с диагнозом рак шейки матки в обнаруженном и удаленном лимфоузле при экспресс-биопсии выявлен метастаз рака. По протоколам лечения данной пациентке было показано конкурентная химиолучевая терапия. Операция завершилась билатеральной тазовой лимфодиссекцией. Пациентке с диагнозом рак эндометрия в сигнальном лимфоузле метастаза опухоли не обнаружено. Операции выполнены лапароскопическим доступом. В первом случае позволило избежать травматичной с большой кровопотерей операции, во втором случае – обширной лимфодиссекции парааортальной и тазовой зон, с возможным развитием различных осложнений.

Выводы. Впервые использовался флуоресцентный маркер для обнаружения сигнальных лимфоузлов в онкогинекологии. Приводит к улучшению хирургических результатов с уменьшением кровопотери, уменьшением травматичности и осложнений, сокращением временем госпитализации и более быстрым восстановлением.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО МОРЦЕЛЛЯТОРА ДЛЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭКСТРАКЦИИ БЕЗОАРОВ У ДЕТЕЙ

**Котлобовский В.И., Джэналаев Б.К., Роскидайло Е.В.,
Сатыбалдиев К.Ж., Герасимова М.В., Зевреев Р.И.**

«АМЦ детского стационара», Актобе, Казахстан

Безоары желудочно-кишечного тракта являются редкими заболеваниями детского возраста. Наиболее часто у детей встречаются трихобезоары, которые в большинстве случаев формируются в желудке, реже в тонкой кишке. Наиболее тяжелые осложнения: пролежни слизистой, флегмоны, изъязвления, перфорации желудка, перитонит.

Материалы и методы. В период 2007-2018 гг. нами пролечено 4 детей с безоарами в возрасте от 6 лет до 14-ти лет, 1 мальчик и 3 девочки. Всем детям был проведен комплекс диагностических исследований: УЗИ органов брюшной полости,

ФГДС, обзорная рентгенография органов брюшной полости, МРТ абдоминального сегмента, общеклинические анализы. У мальчика диагностирован – спонгиобезоар желудка, у 2 девочек – трихобезоар желудка и у 1 пациентки – трихобезоар подвздошной кишки.

Результаты. Все дети были прооперированы. При этом, трое пациентов - в плановом порядке, 1 девочка оперирована в экстренном порядке по поводу кишечной непроходимости, вызванной трихобезоаром подвздошной кишки. Одной пациентке выполнена лапаротомия, гастротомия, удаление инородного тела ввиду больших размеров трихобезоара 12,0 x 9,0 см.

Двое пациентов прооперированы лапароскопическим доступом. В обоих случаях безоары были извлечены из желудка через гастротомный разрез передней стенке тела желудка. Для их извлечения из брюшной полости был использован механический морциллятор "ROTOCUT" компании "KarlStorz" диаметром 15 мм. При этом морцилляция трихобезоара оказалась неэффективной. Инородное тело было удалено через дополнительный минилапаротомный доступ, выполненный в гипогастральной области. Для экстракции спонгиобезоара механическая морцилляция была применена весьма успешно. Спонгиобезоар после его извлечения из желудка был помещен в пластиковый мешок Endo Bag. После чего морциллирован 15 мм морциллятором. Макропрепарат: ослизненная губка размерами 8x10 см, грязно-серого цвета. Послеоперационный период протекал без осложнений. Среднее оперативное время при применении традиционного метода оперативного метода лечения трихобезоаров составило 2ч 15 мин, при применении лапароскопического метода удаления инородного тела желудка составило тоже время. Средняя продолжительность пребывания в стационаре при применении лапароскопической методике составила 10 дней, при открытой гастротомии – в среднем 14 дней. Осложнений в течении первого месяца отмечались у одной пациентки с трихобезоаром подвздошной кишки в виде ранней спаечной болезни брюшной полости, механической кишечной непроходимости. Процент кровотечений во всех случаях 0%.

Выводы. Таким образом, применение лапароскопического доступа для удаления безоаров желудочно-кишечного тракта является весьма эффективным. Однако, использование морцилляции механическим морциллятором "ROTOCUT" для экстракции трихобезоаров не целесообразно. Морцилляция весьма эффективна лишь для извлечения спонгиобезоаров.

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Саулен Н.С.

ГКП на ПХВ «ГДБ № 2 г. Нур-Султан», Нур-Султан, Казахстан

Гемангиомы – наиболее распространенные сосудистые доброкачественные сосудистые опухоли, встречающиеся от 2 до 5,5% случаев у всех хирургических

больных детского возраста и достигающиеся максимума – 10,5% – в группе новорожденных недоношенных детей.

Лечение гемангиом, традиционно считающееся прерогативой врачей-хирургов, в настоящее время претерпевает изменения, лидирующие позиции в тактике занимают нехирургические методики.

В последние годы новые технологии широко внедряются в лечение детей именно на амбулаторном звене, что позволяет снизить затраты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов.

С момента появления методики склеротерапии и вплоть до настоящего времени склерозирование сосудистых образований у детей производилось с помощью введения 96% этилового спирта, а позднее с помощью препарата «Тромбовар», «Фивро-Вейн», возможности которых безусловно шире, чем у спирта, однако большое количество побочных эффектов и осложнений ставит под вопрос целесообразность его применения у детей.

С появлением нового поколения склерозирующих препаратов мы вновь обратились к исследованию возможностей склерозирующей терапии у детей. Именно новым препаратам склеротерапия обязана и эффективностью, и безопасностью. Современные склерозанты эффективны, гипоаллергенны, безопасны при правильном использовании обладают исключительно местным действием.

Цель исследования. Определение эффективности применения склерозирующей терапии с препаратом «Этоксисклерол» при гемангиомах у детей.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, в период с 2016 по 2019 гг, нами проведено лечение 650 пациентов с гемангиомами в возрасте до 1 года, обратившихся в дневной отделение ЦАХ ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2 г.Нур-Султан».

Результаты. При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 98% пациентов

При лечении смешанных форм гемангиом у 3 пациентов отмечался повторный рост сосудистой опухоли. Регресс гемангиомы наступал на 10-14 дни после 1 введения 3% этоксисклерола. У большинства детей гемангиома исчезала бесследно, у некоторых из них – остался нормотрофический рубец. Каких-либо осложнений во время лечения этоксисклеролом и после его отмены мы не наблюдали.

Предложенная методика и практические результаты статьи внедрены в клиническую деятельность и применяются во многих научных, лечебных и лечебно-профилактических учреждениях: в плановых хирургических отделениях ГДБ №2 г. Нур-Султан, в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи №3 г. Бишкек.

Выводы: 1) Таким образом, своевременная диагностика, вовремя начатое консервативное лечение гемангиом, а также грамотное лечение склеротерапией, является эффективным, малоинвазивным и современным методом лечения, легко применимым в амбулаторных условиях и на базе однодневных стационаров. 2) Использование метода склеротерапии в лечении детей с гемангиомами и

комбинированными гемангиомами сложной анатомической локализации привело к улучшению косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения и избежать оперативного метода лечения. Косметические вмешательства, если ребенок в таковых будет нуждаться, можно выполнять в более старшем возрасте.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ HEOS В РЕПРОДУКТИВНОЙ ЭНДОСКОПИИ

Грушевская Г.М., Усенов К.М., Чупин А.Н.

«Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова»,
Алматы, Казахстан

На сегодняшний день вопрос бесплодного брака остается актуальным и не утрачивает социально-медицинского значения. Частота бесплодия в Республике Казахстан существенно не отличается от таковой в других странах мира, бесплодными являются 15% браков. Эндоскопические методы занимают одно из ведущих мест в диагностике и лечении различных заболеваний внутренних половых органов и внутриматочной патологии. Гистероэндоскопическая операционная система HEOS (Hysteroscopy Endooperative Surgery) -

Позволяет проводить механические и электрохирургические манипуляции без смены тубуса, с использованием лапароскопических 3,0 мм, монополярных и биполярных инструментов, а также выполнять обычную резекцию. Преимущества по сравнению с обычной техникой: 1) скорость, 2) безопасность, 3) гибкость.

За 10 месяцев 2018 г в отделении гинекологии АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» нами проведено всего проведено 280 внутрисветных (внутриматочных) операций. Из них 84 с применением технологии **HEOS**. Средний возраст пациенток: 30,6±1,4 года (27-45 лет). Кровопотеря - от 5,0 мл – до 20,0 мл. Наркоз – внутривенный. Длительность операции – от - 10 мин - до 28 мин. Жидкостная оптическая среда 0,9 % физиологический раствор. Объем 0,9 % физ раствора на одну операцию – 1800 мл. Осложнения – нет. Second look через 6 – 8 недель: проведена офисная гистероскопия у 16 пациенток. У 3 – х пациенток диагностирована внутриматочная синехия, рассечена в момент Second look.

ПРИНЦИПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ БЕЗОПАСНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СУБМУКОЗНЫХ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ. НАШ ОПЫТ

Ишанғали Б.О.

ТОО «Многопрофильная клиника SofieMedgroup»,
Актау, Казахстан.

Проблема удаления субмукозных миоматозных узлов, не смотря на огромное количество операций по поводу данной патологии, остается дискуссионной. Причины несколько: недостаточное понимание врачами сложности предстоящей операции, переоценка своих возможностей, некачественная догоспитальная диагностика, недостаточно четкий отбор пациентов, высокая частота повторных вмешательств, не всегда удовлетворительный результат лечения, наличие осложнений не только здоровью, но и жизни женщин.

Цель. Повышение безопасности и эффективности гистероскопической резекции субмукозных миоматозных узлов.

Лейомиома матки – это доброкачественная гормональнозависимая опухоль миометрия, возникает у женщин репродуктивного возраста (пик заболеваемости приходится на 40–50 лет). Лейомиома матки составляет до 30% гинекологических заболеваний [1].

Материал и методы. Проведение тотальной резекции субмукозных миоматозных узлов в условиях клиник ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр г. Актау» и ТОО «Многопрофильная клиника Sofie Medgroup» 2012 – 2019 гг. За этот период нами было выполнено 198 резекций субмукозных миоматозных узлов (0 – II тип по FIGO [2]). Операции проводились на оборудовании компании Karl Storz.

Офисный Гистероскоп Trophyscore по Campo диаметр 2,9 мм, при присоединении операционного тубуса 4,4 мм.

Гистероскоп по ВЕТТОССНІ диаметр внешнего операционного тубуса 5 мм, на основе оптики 4 мм.

Резектоскопы моно – и биполярные внешний диаметр тубуса 26 Шр (8,7 мм).

Среды для расширения полости матки 0,9% раствор натрия хлорида и 5% раствор глюкозы (при использовании монополярной энергии) [3].

Пациентки 19 до 52 лет. Средний возраст 34 лет. Средняя продолжительность операции составила 18,2 минуты. Второй этап потребовался 19 пациенткам – 9,6%. Использование предоперационной подготовки у 15 пациенток (7,6%).

Субмукозные узлы 0 типа – 42 (21,2%); I типа – 92 (46,5%); II типа – 64 (32,3%)

Мы получили осложнения в 1 случаях (0,5%): кровотечение в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Анализируя наш опыт работы можно сделать следующие рекомендации для безопасного и эффективного выполнения гистероскопии при патологии полости матки и цервикального канала необходимо:

- Тщательный отбор пациенток (возраст, наличие экстрагенитальной патологии, ИМТ, подтверждение патологии по данным УЗИ или МРТ с учетом дня менструального цикла, сочетание с клиникой заболевания и др.).
- Приоритетным является ответ на вопрос: «нужна ли конкретной женщине гистероскопия?». Лечение субмукозных миом матки – это не всегда гистероскопия.
- Назначение дня операции с учетом менструального цикла (если применимо);
- Антибиотикопрофилактика;
- Наличие в арсенале гистероскопов различного диаметра от самого маленького до большого. Любая оперативная гистероскопия должна начинаться с диагностической!
- Обязательное использование закрытого контура во время работы гистерорезектоскопом. Учет баланса жидкости!!!
- Грамотное пользование энергиями.
- Информирование пациентов о возможной этапности проведения операции.

ПРОГРАММИРУЕМАЯ ГАЗОВАЯ ДИСТЕНЗИЯ МАТКИ – МЕТОД ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИНЕХИЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ

Дурасов В.В.

НУЗ «Дорожная Клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД»,
Самара, Российская Федерация

Приходится признать, что в настоящее время не существует идеального метода предотвращения развития синехий в полости матки после оперативной гистероскопии. Примерно у трети пациентов после гистерорезектоскопии субмукозных миом и у 70% после рассечения внутриматочных сращений в последующем выявляются синехии полости матки. Убедительных доказательств пользы применения высоких доз эстрогенов, антибиотиков, глюкокортикостероидных гормонов не получено. Введение в полость матки после операции педиатрического катетера Фолея, ВМС и других специально разработанных пластиковых систем снижает возможность появления синехий, однако может привести к развитию инфекционно-воспалительных осложнений. Перспективным является применение гелевых агентов. Получены обнадеживающие результаты применения стволовых клеток. Единственным надежным способом профилактики является проведение ранней офисной гистероскопии.

Материалы и методы. Для предотвращения развития спаек в 3 случаях после монополярной гистерорезектоскопии субмукозных миом 1 и 2 типа и в 2 случаях после

острого рассечения внутриматочных сращений мы выполняли программируемую газовую дистензию матки углекислым газом. Для этого на 3, 7 послеоперационный день и сразу после первой менструации мы трижды проводили растяжение полости матки газом. С этой целью применяли аппарат, который позволяет создать внутриматочное давление углекислого газа, не превышающее 250 мм рт.ст. Газ, подавался посредством зонда, который вводился в цервикальный канал и создавал герметичность. Процедура продолжалась одну минуту. После второй менструации проводили офисную гистероскопию.

Результаты. Только в одном случае после рассечения внутриматочных сращений у пациентки с тотальным поражением полости матки и аменореей при гистероскопии были обнаружены незначительные нежные спайки у боковой стенки, которые были легко разделены тубусом гистероскопа. Эта пациентка через 6 месяцев после операции забеременела и в срок родила. Осложнений не наблюдали. Менструации возобновились у всех пациенток.

Дискуссия. Программируемая газовая дистензия полости матки – безопасный и эффективный метод предотвращения развития внутриматочных синехий, который требует дальнейшего изучения.

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Конысов М.Н., Медеубаев Р.К., Дюсупов А.Х.

Атырау. Казахстан.

Цель исследования. Представить объединенный опыт (с середины 90-х годов до настоящего времени) и различные подходы в консервативном (бужирование и кардиодилляция), минимально-инвазивном (стентирование пищевода и эндовидеохирургия) и хирургическом лечении (пластика пищевода) распространенных доброкачественных заболеваний пищевода: ахалазия пищевода и кардиоспазм, дивертикулы пищевода и послеожоговые, пептические и послеоперационные стриктуры, а также грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в нашей клинической практике. Представлен опыт 5 операций шунтирующей эзофагопластики толстой кишкой и 2-х операций из них с созданием неоглотки из сегмента толстой кишки (колоэзофагофарингопластики) с удовлетворительными непосредственными и отдаленными (5 лет) результатами.

Выводы. Современная хирургия — пищевода-это разумное сочетание малоинвазивных технологий с творческим переосмыслением накопленного опыта. Адекватный консервативный и хирургический подход в лечении этой тяжелой категории больных поможет существенно улучшить его результаты, избежать грозных осложнений и повысить качество жизни этой тяжелой категории больных.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АПИКАЛЬНОГО ПРОЛАПСА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ ПРОТИВ ФИКСАЦИИ СОБСТВЕННЫМИ ТКАНЯМИ

Алиева Р., Полухова А., Магалов И.

«Азербайджанский Медицинский Университет»,
Баку, Азербайджан

Генитальный пролапс представляет собой серьезную проблему, учитывая высокую распространенность и значительное ухудшение качества жизни женщины. 15% всех «больших» гинекологических операций производится по поводу именно этой патологии. Чтобы снизить риск рецидива, хирурги-гинекологи начали использовать сетчатые имплантаты в реконструктивной хирургии органов малого таза, снизив тем самым вероятность повторного вмешательства до 10 %. Однако наряду с хорошими анатомическими результатами и низким процентом рецидивов, использование сеток открыло хирургам неведомые ранее и требующие порой повторного вмешательства осложнения, такие как экспозиция сеток и перфорация полых органов.

Цель исследования. Сравнить анатомические и функциональные результаты после лапароскопического восстановления тазового дна с использованием сетчатых имплантов и собственными тканями.

Материалы и методы. В наше проспективное исследование включены пациентки с сочетанным передним и апикальным пролапсом 3-ей и 4-ой степени. Группа А — это пациентки, которым выполнена стандартная лапароскопическая сакропексия с использованием передней и задней сеток на влагалище и фиксацией одним не рассасывающимся швом к промонториуму (70 больных). Группа Б — это пациентки, которым выполнено лапароскопическое восстановление с использованием нативных тканей (30 больных) - пликация пубоцервикальной фасции, лапароскопическое выявление и восстановление паравагинального дефекта, а также высокая и глубокая фиксация апикального компартмента крестцовоматочными связками. Всем пациенткам проводилась простая цистометрия до и после операции. Пациенткам с латентным недержанием мочи выполнялась одномоментная уретропексия по Burch.

В стандартное обследование входили до и после операция оценка анатомических результатов по POP-Q, анализ функциональных результатов с использованием специальных анкет, а также простая цистометрия для определения состояния нижних мочевых путей.

Результаты. Пациентки были разделены по группам случайным образом. Послеоперационное наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Между группами не было различий по длительности операции и кровопотере. Анатомические результаты оценивались по POP-Q, с использованием точек Аа, Ва и С. В нашем исследовании

анатомические результаты были схожи. Оценка качества жизни проводилась с использованием анкет PoQL - результаты в обеих группах идентичны. В группе стандартной сакропексии у пациенток отмечались хронические боли в спине в течение 3-4 месяцев, прекращающиеся без какого-либо лечения. Рецидивов не наблюдалось.

Заключение. Оба вида оперативного вмешательства эффективны при пролапсах 3 и 4ой степени. Для оценки частоты рецидивов требуются исследования с более длительным послеоперационным наблюдением.

Выводы. Традиционно для лечения генитального пролапса использовались два доступа -вагинальный и лапароскопический. Вагинальные сетчатые протезы были запрещены со стороны FDA ввиду грозных осложнений, требующих повторных вмешательств. Вагинальная коррекция нативными тканями ввиду недостаточной визуализации поддерживающих структур таза (оставляет желать лучшего в плане рецидивов. Лапароскопический доступ в свою очередь позволяет хирургу визуализировать пубоцервикальную фасцию, сухожильную дугу фасции таза, а также крестцовоматочные связки ближе к их основанию, и ликвидировать дефект, непосредственно увидев его. Использование сетчатых протезов при сочетанном апикальном пролапсе цистоцеле 3 и 4 ой степени без лапароскопического натяжения сетки порой не приводит к желаемым анатомическим результатам. Также при использовании сеток всегда присутствует опасность, связанная с отсутствием идеального вида протеза. Возможно, лапароскопическое восстановление поддерживающих структур таза собственными тканями представляет собой достойную альтернативу лапароскопической сакропексии при лечении сочетанных пролапсов.

Дальнейшие исследования требуются, чтобы найти и обосновать идеальный подход к лечению генитального пролапса.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ – МИФЫ, РЕАЛЬНОСТЬ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Исмаилов Ильгар Абид оглы

«Республиканский Лечебный Диагностический Центр»,
Баку, Азербайджан

История трансанальной хирургии берет свое начало с локальной эксцизии образований анальной области и мотивом для возникновения эндоскопических методов стали случаи, более проксимально расположенные и недоступные для удаления стандартными инструментами.

В 1984 году G Buess впервые описал методику ТЕМ (Transanal Endoscopic Microsurgery) с использованием оптики для удаления образований прямой кишки. С применением монитора методика стала называться ТЕО (Transanal Endoscopic Operation). В 2010 году Dr. Matthew Albert and Dr. Sam Atallah во Флориде

использовали лапароскопический инструментарий и оптику для трансанальных вмешательств, что привело к рождению TAMIS и стало плацдармом для TaTME.

Показания TAMIS:

1. Полипы прямой кишки и ректосигмоидного отдела на широком основании
2. Подслизистые новообразования и ранний рак (T1 N0) прямой кишки
3. Пациенты с T2-3 которым показано паллиативное вмешательство
4. Иссечение участка рубцовой трансформации как исход неoadьювантной терапии – альтернатива “watch and wait”
5. Неконтролируемые эндоскопически ректальные кровотечения
6. Ректо-вагинальные и ректо-везикальные свищи
7. Трансанальное ушивание при несостоятельности прямокишечного анастомоза
8. Удаление инородного тела при невозможности эндоскопических методик

Ряд авторов, ссылаясь на возможности современных эндоскопических методик, предлагают ESD (Эндоскопическую Субмукозальную Диссекцию), как альтернативу TAMIS. Было опубликовано несколько результатов сравнительных исследований и как преимущества TAMIS указаны низкий процент фрагментации препарата и положительных хирургических границ, меньше осложнений в виде кровотечения и дешеви́зна [1].

Стремление хирургического сообщества к NOTES и возможности TAMIS стали использоваться при радикальных операциях по поводу рака прямой кишки и начиная с 2010 года TaTME описан как метод трансанальной мезоректальной эксцизии. Центры, перенявшие опыт TaTME, указывают на неоспоримые преимущества этой методики у больных раком прямой кишки с ожирением, с узким тазом и большими размерами опухоли, заполняющими таз. Одно из главных преимуществ трансанальной диссекции мезоректума это визуальный контроль дистальной хирургической границы и отсутствие проблем с использованием эндостеплеров в условиях дистальной опухоли и узкого таза.

Главной технической проблемой TaTME является задымление узкого пространства и неустойчивое давление пневморектума при использовании классических инсуфляторов. Однако, внедрение инсуфляторов нового поколения с возможностью постоянного и стабильного воздушного потока, и одновременной аспирацией дыма позволило добиться более четкого визуального контроля и укорочения времени операции.

Исследования со сравнительным анализом уровня периоперационных осложнений, качества хирургического материала (с точки зрения дистальной границы и целостности мезоректума) и медицинских затрат между группами TaTME и Роботической TME показали преимущества в пользу TaTME [2,5]. Однако, ряд авторов утверждают о высоких показателях интраоперационных осложнений (повреждение уретры, предстательной железы, воздушные эмболии и кровотечения) и необходимости длительного периода обучения [3]. Анализ данных национальных и интернациональных регистров TaTME в будущем позволит более объективно судить об отдаленных онкологических и функциональных результатах TaTME [5].

В нашей клинике программа по внедрению трансанальной хирургии началась 18 месяцев назад с курсов в Барселоне у профессора А. Лейси, затем в Сеуле ASAN Medical Center. После завершения технического оснащения мы начали с нескольких случаев TAMIS, затем приступили к выполнению TaTME. На сегодняшний день нами выполнено TAMIS у 8 пациентов: 1-2 дня стационарного наблюдения; без осложнений; фрагментаций и позитивных границ не отмечали. TaTME мы выполняем одной командой и начинаем с абдоминального доступа, из 14 больных все с аденокарциномой нижней-средней 1/3 прямой кишки, 13 после неoadьювантной кеморадиотерапии. 12 больным накладывали превентивную илеостому – 10 из них применили раннее закрытие илеостомы через 2 недели. У 1 больного вследствие выраженного спаечного процесса произведена лапаротомия, у 1 больного из-за сосудистой недостаточности низводимого кишечника, несмотря на полную мобилизацию, пришлось вывести колостому. Длительность операции, наряду с тенденцией к укорочению, в ранние периоды составляла в среднем 6 часов, основной причиной такой продолжительности является отсутствие второй команды для комбинированной диссекции (Cecil approach). Наш центр зарегистрирован в Международном TaTME Регистре (Pelican Cancer Foundation) и каждый случай заносится в регистр в онлайн порядке.

Перспектива трансанальной хирургии связана с широким распространением роботической хирургии с устройствами для NOTES, что гораздо облегчит трансанальную диссекцию и устранил необходимость в абдоминальном этапе. Успехи в разработке методик картирования лимфоузлов и обнаружения сэнтинельного узла при раке прямой кишки позволят расширить показания к TAMIS и избежать радикальных резекций у ряда больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Пучков К.В.

В докладе автор делится огромным опытом лапароскопических оперативных вмешательств при глубоком инвазивном эндометриозе с поражением тонкой, толстой кишки и мочевых путей. За 10 лет оперировано 1064 пациентки. Уделяется внимание выбору правильной тактики операции, безопасной техники удаления очагов, профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

Основные выводы сформулированы следующим образом.

1. При ретроцервикальном эндометриозе необходимо выполнить мобилизацию эндометриодного инфильтрата, с отведением мочеточников в латеральные стороны. Далее необходимо отсечь инфильтрат от матки (шейки) и определиться по глубине и площади поражения кишки.

2. При поражении передней стенки, без вовлечения подслизистого слоя, необходимо выполнить шейвинг измененного участка, тщательно осмотреть место иссечения и наложить укрепляющие швы.
3. При прорастании стенки на всю толщу необходимо выполнить краевую резекцию кишки с формированием аппаратного или ручного шва.
4. При циркулярной резекции прямой кишки необходимо использовать внутренний слой для мобилизации органа.
5. Необходимо выполнять резекцию только измененного участка кишки с максимальным сохранением не пораженной стенки.
6. Для выбора способа извлечения препарата при резекции кишки, необходимо учитывать анатомические и интраоперационные особенности конкретной пациентки (локализация процесса, ИМТ и т.д.)
7. Использование методики N.O.S.E. в хирургическом лечении эндометриоза толстой кишки функционально оправдано, возможно и безопасно.

ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПО БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Шомиров С.С., Дюсупов А.Х., Сатвалдинов К.К.

Атырау, Казахстан

Ожирение является серьезной проблемой и наносит вред здоровью и благополучию значительной части населения, в том числе недопустимый ущерб здоровью детей. Ожирение существенно повышает уровень заболеваемости и инвалидности, осложняет течение сопутствующих заболеваний, ухудшает качество жизни и общее состояние здоровья, уменьшает ожидаемую продолжительность жизни.

Цель. Решение проблемы ожирения и метаболического синдрома хирургическим путем.

Материалы и методы. В Атырауской областной больнице в течение последних 4 лет проведено 69 бариатрических операции. Из них: 63 желудочных шунтирования по Ру(ЖШ) и 6 продольных резекции желудка(ПРЖ). Все операции были проведены лапароскопическим методом с использованием сшивающе-режущих аппаратов. Основная масса оперированных это женщины, средний возраст пациентов 35 лет. Среднее ИМТ пациентов 44 кг/м². Примерно 30% из них страдали сопутствующими заболеваниями, связанными с ожирением как СД 2 типа, АГ и т.п. Летальности, интраоперационных осложнений не было. Имелись 2 ранних послеоперационных осложнения. У одной пациентки на 2-е сутки после операции произошло ущемление ранее имевшейся пупочной грыжи, через 1 час от момента ущемления в экстренном порядке произведена герниотомия, устранение ущемления, пластика местными тканями. Пациентка выписана на 4-е сутки п/о. Одна пациентка на 2-е сутки после желудочного шунтирования перенесла релапароскопию по поводу микронесостоятельности гастроэнтероанастомоза, учитывая образовавшееся инфильтрат в области гастроэнтероанастомоза проведена консервативная антибиотикотерапия с оставлением дренажной трубки в области анастомоза. Выписалась с выздоровлением на 5-е сутки после релапароскопии.

Результаты. Все пациенты после операции постепенно начали терять в весе. В первые два месяца отмечали максимальную потерю в весе до 15-20 кг, в дальнейшем вес снижался медленно до 4-5 кг в месяц. Наряду с потерей веса наблюдалось

значительное улучшение состояния, вызванных сопутствующими патологиями связанных с ожирением.

Выводы. Желудочное шунтирование(ЖШ) одна из «старых» и проверенных бариатрических операции в мире и считается *«золотым стандартом»* в хирургии ожирения. ЖШ является комбинированной операцией, сочетающее в себе обе рестриктивный и мальабсорбтивный компоненты, которые дополняют друг друга. По результатам многих зарубежных исследований желудочное шунтирование показывает отличные результаты и в лечении ожирения и при метаболическом синдроме. Бариатрический и метаболический эффект после ЖШ чуть ниже билиопанкреатического шунтирования, но выше остальных бариатрических операций. Билиопанкреатическое шунтирование(БПШ) является самой эффективной операцией, но и самой сложной и объемной, соответственно процент серьезных осложнений и летальности выше всех бариатрических операций. При правильном техническом исполнении желудочное шунтирование по Ру является менее безопасной, и также высоко эффективной бариатрической операцией. Учитывая вышеописанное операцией выбора при морбидном ожирении в условиях Атырауской областной больницы принято считать желудочное шунтирование по Ру.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В МЦ НАО ЗКМУ им. М.ОСПАНОВА

**Ергалиев А.Е., Дюсембеков С.Т., Бегунов В.В.,
Уразаев О.Н., Сартаев Е.Е.**

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова»,
Актобе, Казахстан

На сегодняшнее время эффективность и безопасность эндовидеохирургии при лечении многих хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полости неоспоримо. В онкологической практике данный вид операций является актуальной и в тоже время дискуссионной, так как одним из критериев лечения является радикальное его проведение с обязательным удалением региональной группы лимфатических узлов, по которым происходит метастазирование. В нашей клинике данное время идет накопление клинического материала с целью изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения, подтверждения онкологической обоснованности и целесообразности подобных операций, не нарушающих принципы абластики.

Цель работы. Внедрение малоинвазивных методов операций у онкологических больных в клинике МЦ НАО ЗКМУ им. М. Оспанова.

Материалы и методы. С апреля 2014г. по настоящее время (июль 2019 г.) в МЦ ЗКГМУ им. Марата Оспанова 329 пациентам, в возрасте от 27 до 82 лет, выполнены эндовидеохирургические операции при различных злокачественных заболеваниях. Из них: диагностическая лапароскопия с биопсией произведена 127 пациентам, гистерэктомия 98 случаях (из них расширенная гистерэктомия 3 типа с тазово-подвздошной лимфодиссекцией – 51), симультанная гистерэктомия с холецистэктомией – 11, овариоцистэктомия –49, отсроченная тазово-подвздошная

лимфодиссекция – 9, сигмоидэктомия с одномоментным наложением аппаратного анастомоза – 27, сигмоидэктомия с экстракорпоральным ручным анастомозом – 4, сигмоидэктомия с интракорпоральным ручным анастомозом – 1, видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия – 11, синхронная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 12, дистальная резекция желудка по Бильрот-II – 7, гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме Д-2 – 9, наложение питательной гастростомы – 33, нефрэктомия – 11, резекция почки – 5, диагностическая торакоскопия – 47, сегментарная резекция лёгкого – 21, эхинококкэктомия лёгкого – 3. Послеоперационной летальности не отмечалось. Осложнения были отмечены в 3 случаях, которые возникли после операции по поводу опухолей толстой кишки, в виде нагноения после операционной раны.

Выводы. Освоение техники эндовидеохирургических вмешательств, улучшение оснащения материально-технической базы и имея квалифицированный персонал позволило нам перейти от объема диагностических исследований к выполнению радикальных операций.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ

Ахундова Н.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии, Азербайджанского Медицинского Университета

Актуальность проблемы. Современные достижения эндоскопии производят революцию в практике гинекологов, радикально меняя образ мыслей, диагностические возможности и методики оперативных вмешательств. Сегодня лапароскопия играет важную роль в обследовании больных, страдающих бесплодием, так как позволяет не только визуально обследовать органы малого таза, но и оценить проходимость маточных труб, состояние их стенки, мышечную активность, подвижность труб и фимбрий и обеспечивают возможность не только проведения диагностических процедур, но и выполнения лапароскопически большинства вмешательств, связанных с лечением бесплодия, для которых ранее требовалась лапаротомия.

Материалы и методы исследования. На стационарном лечении кафедры акушерства и гинекологии находились 281 пациенток трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Из 281 пациенток, 124 (44,1%) женщины были ранее оперированы на органах малого таза, причем 43 (15,3 %) из них в анамнезе имели по 2 оперативных вмешательства. Операционные доступы у 63(50,8%) пациенток - по Пфанненштилю; у 47(37,9%) - нижнесрединный и у 14(11,3%) - правой подвздошной области. Для выполнения лапароскопии у ранее оперированных пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия была использована модифицированная нами методика проведения лапароскопической гинекологической операции. По данным

лапароскопии у ранее оперированных пациенток, распространенность спаечного процесса в зависимости от операционного доступа была следующей: у всех 11 женщин, оперированных из нижнесрединного доступа были отмечены различной степени выраженности спаечный процесс в проекции послеоперационного рубца - сальник и петли кишечника были подпаяны к передней брюшной стенке. У пациенток оперированные из доступа по Пфанненштилю в 4(9,1 %) наблюдениях спайки отсутствовали, в 9(20,5%) - спаечный процесс был только в малом тазу и 11(78,5%) случаях спайки отмечены как в проекции послеоперационного рубца, так и по средней линии распространялись до пупочного кольца, выше приведенная характеристика спаечного процесса в зависимости от операционного доступа позволяет заключить, что в большинстве случаев (91,5%) доступ по Пфанненштилю и все операции из нижне-срединного доступа сопровождаются выраженным спаечным процессом. Выполнение лапароскопии у данного контингента пациенток через традиционные точки введения троакаров чревато повреждением сальника и петель кишечника. Предложенная, нами методика выполнения лапароскопических операций позволяет произвести эндовидеоскопическое исследование в более безопасных условиях. При введении иглы Вереща и первого «слепого» троакара по предложенной методике - повреждений внутренних органов и кровотечения не отмечено. Лечебно-диагностическая лапароскопия с хромосальпингоскопией (ХС) и оперативными вмешательствами в зависимости от диагностированной патологии выполнена женщинам с различными формами бесплодия. Во время лапароскопии в группе женщин с трубноперитонеальным бесплодием явления только хронического сальпингоофорита отмечены в 13 (10,7%) наблюдениях, в остальных 3(2,4%) случаях диагностированы различные формы наружного генитального эндометриоза (НГЗ). При лапароскопии более или менее выраженные явления хронического сальпингоофорита со спаечным процессом различной степени выраженности отмечены у всех практически у всех пациенток. Воспалительные изменения придатков матки характеризовались явлениями эндо - и (или) перисальпингита с менее и более выраженными перитубарными спайками, с сохраненными или частично сохраненными фимбриями - гидросальпинксы - в 10,7%. При выраженных явлениях эндосальпингита имело место расширение и окклюзия ампулярного отдела маточных труб - сактосальпинксы, которые были отмечены в 7,5%. Оофорит характеризовался менее и более выраженными перивариальными спайками, с фиксацией яичника к fossa ovarica. При выраженных III - IV степени спаечного процесса, воспалительно измененный яичник и маточная труба представляли собой воспалительный конгломерат. Спаечный процесс выявлен в 85,2% наблюдениях, из них I-II степени отмечен в 52,2% и III-IV - в 21,5% случаев. Сопутствующая гинекологическая патология у женщин с трубноперитонеальным бесплодием отмечена в (26,3%) наблюдениях. Кисты яичников были выявлены в (6,4%) наблюдениях. Характер кист был следующим у (5,3 %) женщин - фолликулярные и у 3 (1,0%) дермоидные кисты. Диаметр кист варьировал от 2 до 6 см. Субсерозная, субсерозно-интерстициальная и интерстициальная формы миомы матки диагностирована у (19,3%) женщин. Диаметр миоматозных узлов был от 0,5-8 см. у 4 женщин из 5-ти с предварительным диагнозом: седловидная матка после гистеро- и лапароскопического исследований диагностирована внутриматочная перегородка (у 1-

полная и у 3 - неполная) и у 1-й рудиментарный рог. По классификации Американского общества фертильности были определены степени (стадии) распространения наружного генитального эндометриоза. 1 степень была отмечена в (24,5%) наблюдений, II - в (39,1 %), III - в (21,8%) и IV - в (14,6%) случаев. Спаечный процесс I-II степени диагностирован в (21,8%) наблюдениях, выраженный спаечный процесс (III-IV ст.) выявлен в (16,5%) случаях. В группе женщин с различными формами эндометриоза признаки хронического воспаления придатков матки при лапароскопии выявлены в (51,6%) наблюдениях. Фолликулярные кисты диагностированы у 8(53%) пациенток исследуемой группы, диаметр кист был от 2 до 5 см. Субсерозная, субсерозно-интерстициальная и интерстициальная формы миомы матки отмечены в 19 (12,6%) наблюдении. Предположительный диагноз наружного генитального эндометриоза подтвердился во время лапароскопии у (39,1 %) пациенток данной группы, (60,9%) женщины шли с предварительным диагнозом трубноперитонеального бесплодия.

Заключение. Таким образом, выше приведенная характеристика спаечного процесса в зависимости от операционного доступа позволяет заключить, что в большинстве случаев (86,6%) доступ по Пфанненштилю и все операции из нижнесрединного доступа сопровождаются выраженным спаечным процессом. Выполнение лапароскопии у данного контингента пациенток через традиционные точки введения троакаров чревато повреждением сальника и петель кишечника. Предложенный нами методика выполнения лапароскопических операции позволяет произвести эндовидеоскопическое исследование в более безопасных условиях. При введении иглы Вереша и первого «слепого» троакара по предложенному способу - повреждений внутренних органов и кровотечения не отмечено.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

**Бенберин В.В., Шаназаров Н.А., Тусупбеков А.Е., Шолох П.И.,
Сейдалин Н.К., Ташпулатов Т.Б., Туржанова Д.Е.**

РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента
Республики Казахстан», Нур-Султан, Казахстан

Постоянный рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, инвалидизация, снижение качества жизни, диктует необходимость вести постоянные поиски и исследования в этой области [1, 6, 10]. Несмотря на значительный прорыв в изучении биологии рака, поиска и широкого внедрения новых лекарственных противоопухолевых препаратов, методов ранней диагностики, новых высокотехнологичных методов лечения, вопросы доступности и качества специализированной онкологической помощи населению страны остаются открытыми и не до конца решенными. [1, 6 - 10].

Фотодинамическая терапия (ФДТ) стала применяться в конце семидесятых годов прошлого столетия. Несмотря на то, что от начала широкого клинического применения ФДТ, прошло уже не одно десятилетие, до сих пор не получены четкие и однозначные рекомендации по применению и возможностям этого метода. Ограниченные возможности применения ФДТ, относительная дороговизна фотосенсибилизатора, в большинстве случаев являются препятствием к полноценному внедрению метода в практику онкологических учреждений. В базе данных Scopus, представлено около 35 тысяч публикаций, сотни диссертаций, посвященных успешному использованию ФДТ при различных онкологических заболеваниях [5 - 7], однако, это не привело к широкому внедрению методики в клиническую практику. В то же время, собственный опыт, тем более успешный, на наш взгляд, имеет значительную практическую ценность.

Метод ФДТ основан на введении в организм пациента фотосенсибилизаторов, избирательно накапливающихся в опухолевой ткани, которые при лазерном воздействии могут приводить либо к излучению кванта света, вследствие чего можно регистрировать их флюоресценцию, либо инициировать образование цитотоксических веществ, прежде всего синглетного кислорода O^2 и других активных радикалов, накопление которых приводит к разрушению жизненно важных структур опухолевых клеток и их гибели. Кроме прямого фототоксического воздействия на опухолевые клетки при ФДТ, важную роль в механизме деструкции играют: нарушение кровоснабжения опухолевой ткани вследствие повреждения эндотелия и тромбоза кровеносных сосудов; цитокиновые реакции, обусловленные стимуляцией продукции фактора некроза опухоли, интерлейкинов, активацией и инверсией макрофагов [5 - 7].

Целью нашего сообщения является демонстрация накопленного опыта применения ФДТ при злокачественных новообразованиях полых органов.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2019 гг. в условиях эндоскопического отделения Больницы медицинского центра управления делами Президента РК выполнено 100 сеансов фотодинамической терапии 46 пациентам. Мужчин – 29, женщин – 17. Средний возраст пациентов составил 62 года (от 42 до 91 года). Преобладающее число пациентов были с диагнозом рак желудка - 19 (41%), рак пищевода у 10 (22%), трахеи и крупных бронхов у 7 (15%) и по 5 (11%) пациентов с диагнозом рак прямой кишки и мочевого пузыря. Методика проведения ФДТ: первым этапом осуществлялась внутривенная инфузия фотосенсибилизатора из расчета 2,0 - 2,5 мг/кг массы на 200,0 физиологического раствора в течение 30 мин. Через 2-3 часа проводилась внутрисосудистая лазерная фотомодификация крови, с выходной мощностью излучения 0,1 ватт в течение 30 мин. ФДТ проводилась аппаратом «Лахта-милон» с длиной волны (662 нм.) с использованием торцевого световода диаметром 400 мкм., с мощностью выходного пучка 0,8-1,4 Вт с экспозицией 5-20 мин. (подводимая энергия 150-300 Дж). Процедура проводилась под местной, общей и спинномозговой анестезией. Количество сеансов ФДТ варьировало от 1 до 13.

Результаты. У всех пациентов, получавших ФДТ, отмечена удовлетворительная переносимость терапии, с отсутствием осложнений. Все пациенты с раком пищевода (n=10), на момент проведения лечения имели местно-распространенный процесс или прогрессирование на фоне предшествующей терапии. 6 пациентам перед сеансом ФДТ из – за выраженной дисфагии проведено стентирование, у 1 пациента проведено рестентирование. Время наблюдения после лечения составило от 3 до 14 месяцев. У 9 пациентов отмечена стабилизация процесса. В группе пациентов с диагнозом рак желудка у преобладающего числа (18 из 19 - 94,7%) на момент обращения была установлена III – IV стадия опухолевого процесса, которым было отказано в проведении традиционных методов лечения в связи с распространенностью процесса, либо с тяжестью сопутствующей патологии. И лишь у одного пациента – была I стадия (T₁N₀M₀) заболевания, которому было отказано в проведении специальных методов лечения в связи с сопутствующей патологией и возрастом – 91 год. У данного пациента в течение 18 мес. отмечается стабилизация процесса. По поводу ЗНО трахеи и крупных бронхов 7 пациентам проведено 17 курсов ФДТ. У 5 пациентов при контрольном осмотре через 1, 3, 6 месяцев отмечена стабилизация первичной опухоли. У 1 пациента отмечено прогрессирование через 4 мес., еще у 1 – через 5 мес. Пациентам с диагнозом рак прямой кишки (n=5) ФДТ проводилась только с паллиативной целью, поскольку, при обращении у всех отмечалось прогрессирование процесса на фоне проводимой химиолучевой терапии. При контрольном осмотре через 1 месяц, у 2 пациентов отмечена незначительная положительная динамика, у 2 стабилизация и у 1 пациента местное прогрессирование процесса. При раке мочевого пузыря (n=5), ФДТ проводилась после ТУР мочевого пузыря. При контрольном осмотре через 1 месяц, у всех пациентов отмечена стабилизация процесса. В дальнейшем только у 1 пациента через 6 мес отмечен продолженный рост.

Выводы. Фотодинамическая терапия – это эффективный, малоинвазивный метод лечения ЗНО полых органов, позволяющий осуществлять локальный контроль при ранних стадиях заболевания и выраженный паллиативный эффект при местно-распространенных процессах, особенно у больных, исчерпавших возможности традиционных методов лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЩИТОВИДНОЙ И ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ромащенко П.Н., Пришвин А.П., Криволапов Д.С.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Развитие эндовидеохирургической техники и желание хирургов улучшить качество жизни прооперированных, ускорить их трудовую и социальную реабилитацию на фоне увеличения числа больных фолликулярными неоплазиями, ранними стадиями рака ЩЖ и первичным гиперпаратиреозом привели к широкому распространению в хирургии ЩЖ и ОЩЖ малоинвазивных вмешательств с использованием эндоскопических и роботизированных технологий [1]. Общеизвестными малоинвазивными доступами в последние 20 лет стали минидоступы на передней поверхности шеи, подмышечные,

передние грудные, параареолярные, позадишные, трансоральные, различные варианты робот-ассистированных [2, 3, 4, 5].

Наибольшее признание и распространение в клинической практике получили эндоскопически-ассистированные вмешательства из срединного шейного доступа и эндоскопические, сочетающие преимущества подмышечных и параареолярных доступов. Однако, общепризнанных и утвержденных рекомендаций (протоколов) по применению данных вмешательств, по-прежнему, нет, а показания и противопоказания к ним остаются предметом дискуссии. Многообразие клинических форм патологии ЩЖ обуславливает вариабельность лечебной тактики, а личные предпочтения и стереотипы хирурга вместо объективной оценки больного нередко определяют выбор варианта лечения.

Цель исследования. Оценить результаты применения различных минимально инвазивных методик при хирургическом лечении заболеваний ЩЖ и ОЩЖ, выработать дифференцированный подход и уточнить показания к их использованию.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и хирургического лечения 173 больных, а также изучены результаты проспективного исследования у 244 пациентов с заболеваниями ЩЖ и ОЩЖ. Исследуемые группы были сопоставимы. В ходе обследования определены следующие показания к хирургическому лечению: фолликулярная опухоль – у 50,7% больных; узловой нетоксический зоб и аутоиммунный тиреоидит с компрессией органов шеи – у 15,4% и 0,7% соответственно; узловой токсический и диффузный токсический зоб – у 8,2% и 3,5% соответственно; высокодифференцированный рак – у 16,9%; первичный гиперпаратиреоз – у 4,5% больных проспективного исследования. Пациенты прооперированы с применением 4-х минимально инвазивных методик: Minimally Invasive Nonendoscopic Thyroidectomy (MIT, n=151) Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy/Parathyroidectomy (MIVAT/MIVAP, n=123/18), Axillo Bilateral Breast Approach (ABBA, n=110), Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA, n=15). В целях облегчения поиска гортанных нервов у больных проспективного исследования все операции сопровождались применением аппарата для интраоперационного нейромониторинга C2 NerveMonitor или «NIM-Neuro® 3.0» [1].

Результаты исследования. Тиреоидэктомия выполнена у 136 (32,6%) больных, гемитиреоидэктомия – у 205 (49,2%), удаление доли ЩЖ – у 33 (7,9%), субтотальная резекция ЩЖ – у 25 (6,0%), селективная паратиреоидэктомия – у 18 (4,3%). Анализ результатов хирургического лечения больных ретроспективного исследования позволил установить, что интраоперационные осложнения (кровотечения) развились у 3 (1,7%) больных, прооперированных по методике ABBA и явились основанием для конверсии доступа, послеоперационные – у 10 (5,8%): транзиторный парез гортани – у 5 (2,9%); транзиторный гипопаратиреоз – у 2 (1,2%); гематома области вмешательства – у 3 (1,7%). Критический анализ причин развития послеоперационных осложнений позволил установить их достоверные причинные факторы: аутоиммунное воспаление тиреоидной ткани на фоне токсических форм зоба и аутоиммунного тиреоидита,

необходимость выполнения центральной лимфаденэктомии, загрудинное расположение зоба и недостаточный гемостаз энергетическими устройствами.

Проведенное исследование позволило установить критерии выбора минимально инвазивных методик при хирургическом лечении пациентов с заболеваниями ЩЖ и ОЩЖ. Установлено, что методика MIVAT является операцией выбора при коллоидных узлах, фолликулярных опухолях диаметром до 40 мм при объеме ЩЖ не превышающем 20 см³. Методика АВВА оправдана при более крупных образованиях (до 60 мм) и объеме ЩЖ до 50 см³. Высокодифференцированный рак ЩЖ (T₁N₀M₀) не является противопоказанием для применения указанных методик. Учитывая технические особенности оперативных вмешательств по методике ТОЕТВА и небольшой опыт их применения, на данном этапе для трансоральной методики целесообразно придерживаться критериев, указанных для MIVAT. Во всех остальных случаях за исключением загрудинного расположения зоба и наличия метастазов в боковых лимфатических узлах шеи показано выполнение операций по методике MIT.

Анализ результатов хирургического лечения больных проспективного исследования позволил установить, что применение установленных критериев отбора привело к снижению частоты послеоперационных осложнений, которые носили транзиторный и функциональный характер и развились у 7 (2,9%) больных: дисфагия – у 1 (0,4%), гипопаратиреоз – 6 (2,5%). Доказана эффективность методики MIVAR в лечении пациентов с первичным гиперпаратиреозом, у которых достигнуто выздоровление при отсутствии послеоперационных осложнений. Продолжительность стационарного лечения существенно не отличалась во всех группах и составляла 1-3 дня.

Накопленный опыт применения различных методик, указывает на то, что все они в нужной степени отвечают критериям хирургического доступа, позволяя создать операционное пространство необходимого объема и формы с адекватными условиями визуализации операционного поля, обеспечивая безопасность выполняемых манипуляций эндовидеохирургическими инструментами и возможность удаления препарата без потери косметического эффекта [6]. С учетом предъявляемых требований методика «MIT» позволяет выполнять оперативные вмешательства с наименьшими техническими ограничениями, в то время как «MIVAT» показала свою высокую эффективность только в лечении больных небольшими узловыми образованиями. Вмешательства по методикам «АВВА» и «ТОЕТВА» требует от хирурга экспертных навыков как в общей эндоскопической хирургии, так и в традиционной хирургии ЩЖ, обеспечивая возможность применения экстрацервикальных доступов у большинства больных. При отсутствии собственного опыта выполнения роботизированных операций на ЩЖ и основываясь на литературных данных, считаем финансовые затраты на обеспечение данной технологии весьма значительными, существенно превышающими себестоимость других эндоскопических методик и отражающими нецелесообразность робохирургии ЩЖ.

Таким образом, аргументированный отбор больных патологией ЩЖ и ОЩЖ позволяет выполнять обоснованные по объему и методике минимально инвазивные вмешательства. Такой дифференцированный подход способствует минимизации частоты специфических осложнений и хирургической травмы, улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ:

КАК ЭТО ДЕЛАТЬ И ДЛЯ ЧЕГО?

Хубезов Д.А.^{1,2}, Пучков К.В.¹, Пучков Д.К.^{1,2}, Огорельцев А.Ю.^{1,2}, Игнатов И.С.¹,
Родимов С.В.², Луканин Р.В.², Снегур С.В.²

¹«Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»,
Рязань, Российская Федерация

²Рязанская «Областная клиническая больница»,
Рязань, Российская Федерация

В настоящее время методика тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ), предложенная в 80х годах XX века профессором R.J. Heald, является «золотым стандартом» хирургического лечения рака средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки [1,2]. Данная техника, основанная на выделении прямой кишки в эмбриональном слое между мезоректальной фасцией и париетальной фасцией таза, позволила снизить частоту местных рецидивов с 28% до 3% [3,4].

С внедрением ТМЭ в практику появилась необходимость разработки объективных критериев оценки качества выполняемых операций. Так, в 2003 году P. Quirke подвел итоги двадцатилетней работы и предложил шкалу оценки качества макропрепаратов, полученных при ТМЭ, разделив их на три категории: Complete, Near complete и Incomplete. P. Quirke показал, что чем лучше качество макропрепарата, тем меньше частота местных рецидивов и лучше общая выживаемость [5].

Однако у определенной группы пациентов получение макропрепарата удовлетворительного качества технически затруднительно в связи с наличием ряда неблагоприятных факторов. К таким факторам относят: мужской пол, «узкий» таз, низкое расположение опухоли, расположение опухоли на передней стенке прямой кишки, неoadьювантная химиолучевая терапия, операции на органах брюшной полости в анамнезе, большие размеры опухоли, доступ, опыт хирурга [6]. Некоторые авторы сообщают, что устранить технические трудности, возникающие в данных неблагоприятных условиях, способен набирающий все большую популярность трансанальный доступ, предложенный в 2010 году Ласу и соавторами [7,8]. Однако на настоящий момент факторы риска некачественной ТМЭ до сих пор не систематизированы, а показания для трансанальной ТМЭ (ТАТМЭ) не определены.

Цель. Разработать шкалу прогнозирования качества макропрепарата, полученного при ТМЭ, которая позволила бы выделять на дооперационном этапе группы высокого и низкого риска некачественной ТМЭ.

Материалы и методы. На базе отделения колопроктологии ГБУ РО «ОКБ» было проведено ретроспективное нерандомизированное исследование в период с январь 2011 года по май 2014 года. Было проанализировано 80 историй болезни пациентов с гистологически верифицированным раком средне- и нижеампулярных отделов прямой кишки. Всем пациентам, включенным в исследование была выполнена низкая и ультранизкая передняя резекция прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ) лапароскопическим или традиционным (лапаротомным) доступом. Пациенты, которым выполнялась операция типа Гартмана или брюшно-промежностная экстирпация, исключались из исследования.

Для определения факторов, влияющих на качество ТМЭ, в группе сравнения было выделено 2 подгруппы пациентов с различным качеством макропрепарата: 29 пациентов с неудовлетворительным качеством и 51 пациент с удовлетворительным качеством макропрепарата. Неудовлетворительным качеством ТМЭ считалось качество макропрепарата Grade 1 (Incomplete) и Grade 2 (Near complete), удовлетворительным – Grade 3 (Complete) по P. Quirke (Таблица 1).

Таблица 1. Критерии оценки качества препарата ТМЭ по Quirke

Качество ТМЭ	Поверхность мезоректума	Дефекты	Конизация	ЦГР
Завершенная (Complete, Grade 3)	Интактная, гладкая	Не глубже 5 мм	Нет	Гладкая, постоянная
Почти завершенная (Near complete, Grade 2)	Непостоянная, умеренное количество клетчатки	Не достигается мышечный слой	Умеренная	Непостоянная
Незавершенная (Incomplete, Grade 1)	Незначительное количество клетчатки	Достигается мышечный слой	Выраженная	Непостоянная

Оценивалось влияние следующих факторов на качество ТМЭ: пол, размеры малого таза, индекс массы тела, площадь висцерального жира, наличие в анамнезе неоадьювантной химиолучевой терапии, стадия опухолевого процесса по TNM (критерий T), высота расположения опухоли, размер опухоли, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, локализация опухоли относительно стенок прямой кишки, доступ (традиционный или лапароскопический).

Высота расположения нижнего края опухоли и локализация опухоли относительно стенок прямой кишки оценивалось по данным жесткой ректороманоскопии.

Для оценки размеров малого таза использовался коэффициент удобства эндоскопических операций на прямой кишке (К), предложенный профессором И.Е. Хатьковым и соавторами. Данный коэффициент равен отношению поперечного размера входа в малый таз к внутренней длине крестца, рассчитанные с помощью постпроцессинговой обработки МРТ-снимков. Значение К менее 0,75 соответствовало «узкому» тазу [9].

Площадь висцерального жира (ПВЖ) вычислялась путем постпроцессинговой обработки КТ-сканов, выполненных на уровне третьего поясничного позвонка. Вычислялась площадь тканей, ограниченных fascia endoabdominalis, с площадью от -190 до -30 единиц Хаунсфилда, включающая сальник, брыжейку, забрюшинную и предбрюшинную клетчатку. Значение ПВЖ считалось нормальным при значениях менее 130 см² у мужчин и менее 100 см² у женщин [10] (Рисунок 1-2).

Все операции были осуществлены хирургом с опытом выполнения колоректальных операций более 20 лет.



Рисунок 2. ПВЖ = 86,2 см² у пациента с выраженной кахексией

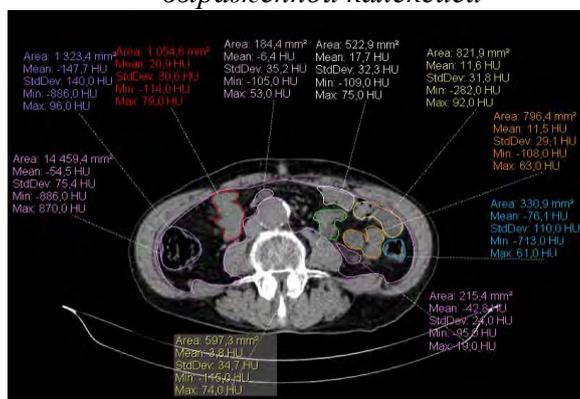


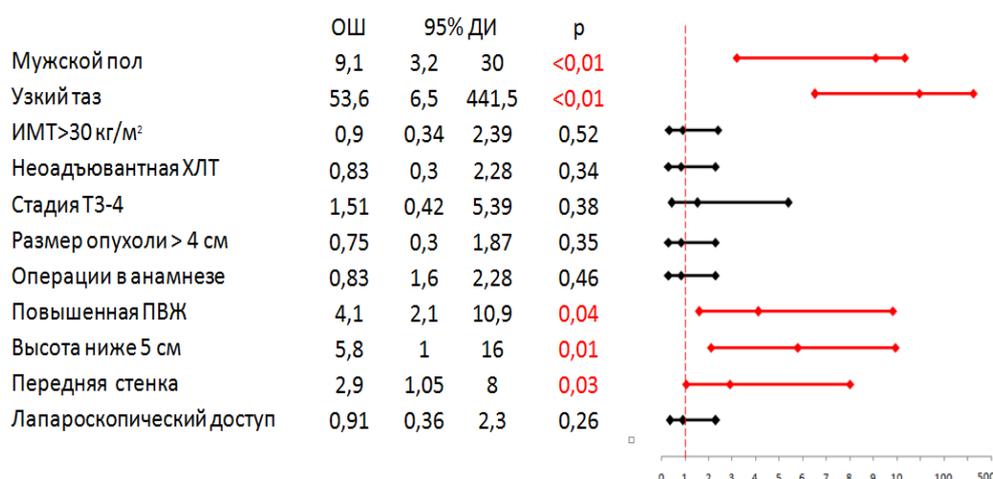
Рисунок 1. ПВЖ = 391,2 см² у пациентки с выраженным висцеральным ожирением

После операции все макропрепараты подвергались патоморфологическому исследованию, определялось качество макропрепарата согласно классификации Р. Quirke [5] (Таблица 1).

Факторы риска и их связь с получением макропрепарата неудовлетворительного качества были оценены с помощью унивариантного анализа, используя хи²-тест Пирсона. Для выявления независимых факторов риска получения макропрепарата неудовлетворительного качества и степени влияния каждого из них был использован мультивариантный анализ, а именно, логистическая регрессия. Значение $p < 0,05$ расценивалось как статистически значимое. Статистический анализ был проведен с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics Version 20 и Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Результаты унивариантного анализа показали, что достоверными факторами риска получения препарата неудовлетворительного качества, являются: мужской пол ($p < 0,01$), «узкий» таз ($p < 0,01$), повышенная площадь висцерального жира ($p = 0,04$), расположение опухоли ниже 5 см от зубчатой линии ($p = 0,01$), расположение опухоли на передней стенке прямой кишки ($p = 0,03$) (Рисунок 3).

Рисунок 3. Результаты унвариантного анализа



Далее проведен мультивариантный анализ с помощью биномиальной логистической регрессии. Результаты логистической регрессии демонстрируют, что полученные факторы риска являются и независимыми ($p < 0,05$) (Таблица 2).

Таблица 2. Результаты мультивариантного анализа (логистическая регрессия).

Предиктор	Коэфф. регрессии	р	Отношение шансов	95% Дов. интервал для ОШ	
				Нижняя граница	Верхняя граница
Мужской пол	1,698	0,03	5,46	1,176	25,361
«Узкий» таз	3,791	0,005	44,3	3,231	607,642
Высота ниже 5 см	1,608	0,035	4,99	1,119	22,262
Передняя стенка кишки	1,996	0,012	7,36	1,541	35,148
ПВЖ выше нормы	1,675	0,036	5,34	1,114	25,597

Помимо выявления независимых факторов риска некачественной ТМЭ целью логистической регрессии являлось определение степени влияния того или иного предиктора на качество макропрепарата, для чего использовались коэффициенты регрессии. Как видно из Таблицы 2 коэффициент регрессии для «узкого» таза был практически в 2 раза выше коэффициентов регрессии для остальных предикторов, в связи с чем «узкому» тазу было присвоено 2 балла, а остальным факторам риска – по 1 баллу (Таблица 3).

Таблица 3. Значение факторов риска в балльном выражении

Факторы	Категории	Коэфф. регрессии	Баллы
Пол	Мужской	1,698	1
	Женский		0
Таз	«Узкий»	3,791	2
	Нормальный		0
ПВЖ	Выше нормы	1,675	1
	Норма		0

Высота	Ниже 5 см	1,608	1
	Выше 5 см		0
Стенка	Передняя	1,996	1
	Другая		0

Далее производилась суммация баллов. Как видно из Таблицы 4, макропрепарат неудовлетворительного качества у пациентов с суммой баллов 0 был получен только в 1 случае из 19 (5,3%), а у пациентов с суммой баллов 5 – в 7 случаях из 7 (100%). Случаев максимальной суммы баллов (6 баллов) зарегистрировано не было. Обращает на себя внимание, что у пациентов с суммой баллов 3 резко возрастает частота получения некачественного препарата по сравнению с пациентами, набравших 2 балла (23,1% против 88,9%). В связи с этим пациенты с суммой баллов от 0 до 2 нами рассматривались как пациенты низкого риска получения макропрепарата неудовлетворительного качества, а пациенты с суммой баллов от 3 до 6 – как пациенты высокого риска некачественной ТМЭ (Таблица 4).

Таблица 4. Зависимость полученной суммы баллов от частоты некачественной ТМЭ

Сумма баллов	Количество пациентов с данной суммой баллов	Количество препаратов неудовлетворительного качества	
		n	%
0	19	1	5,3
1	25	3	12
2	13	3	23,1
3	9	8	88,9
4	7	7	100
5	7	7	100
6	0	0	0
Всего	80	29	

Для проверки эффективности нашей шкалы проведено сравнение суммы баллов у пациентов с неудовлетворительным (Grade 1-2) и удовлетворительным качеством препарата (Grade 3). Как видно из Таблицы 5, различия статистически достоверны ($p < 0,01$).

Таблица 5. Сравнение суммы баллов у пациентов с различным качеством ТМЭ

	Группа Grade 1-2, n=29	Группа Grade 3, n=51	p
Средняя сумма баллов, M±SD	0,88±0,79	3,31±1,42	<0,01

Проведенный далее унивариантный анализ показал, что вероятность получения препарата неудовлетворительного качества у пациентов группы высокого риска составляет 76%, а у пациентов группы низкого риска – 24%. Таким образом, группа риска достоверно связана с качеством макропрепарата ($p < 0,01$) (Таблица 6).

Таблица 6. Распределение пациентов по группам риска

Группы риска	Группа Grade 1-2, n=29	Группа Grade 3, n=51	Отношение шансов	95% Дов. интервал для ОШ	р
Высокий риск	22 (76%)	1 (2%)	157,1	18,2 – 1355	<0,01
Низкий риск	7 (24%)	50 (98%)			

При анализе данных мировой литературы нами не было найдено упоминаний о подобных прогностических моделях. Имеются исследования по разработке моделей прогнозирования риска несостоятельности анастомоза после низких и ультранизких передних резекций прямой кишки, основанных на балльной оценке факторов риска. Так, по данным Х. Ну и соавт., пациенты группы высокого риска развития несостоятельности анастомоза нуждаются в выведении превентивной колостомы [11].

Разработанная прогностическая модель также подразумевает практическое применение. Как показали результаты данного исследования, тотальная мезоректумэктомия, выполняемая традиционным или лапароскопическим доступом, у пациентов группы высокого риска не позволяет обеспечить высокое качество макропрепарата, что диктует необходимость использования дополнительных опций. Такой опцией, по нашему мнению, является использование трансанальной ассистенции при выделении дистальных отделов прямой кишки.

Так, по данным обзора Monson и соавт., обобщившем 12 исследований, посвященных ТАТМЭ, частота получения макропрепарата качества Grade 3 (Complete) колеблется от 84% до 100% [12]. Однако остается открытым вопрос: ТАТМЭ необходимо выполнять рутинно или по строгим показаниям?

Рутинное выполнение ТАТМЭ ограничено несколькими факторами. Во-первых, потребностью в дорогостоящем специальном оборудовании – платформ для обеспечения трансанального доступа. Жесткие платформы, по данным некоторых авторов, не позволяют обеспечить стабильный пневморектум, а гибкие платформы, лишенные этого недостатка, дорогостоящи и подразумевают одноразовое использование [13]. Во-вторых, освоение техники ТАТМЭ сопровождается длительной и пологой кривой обучения хирурга. Так, по данным Kang и соавт., хирург преодолевает кривую обучения после выполнения 30 ТАТМЭ [14]. В-третьих, при выполнении ТАТМЭ оптимальным решением, позволяющим значительно уменьшить длительность операции, является одновременная работа двух операционных бригад, что удваивает потребность в высококвалифицированном медицинском персонале и делает необходимым наличие двух лапароскопических стоек [13]. Перечисленные обстоятельства ограничивают рутинное применение ТАТМЭ в условиях отечественных клиник и диктуют необходимость строгой селекции пациентов.

По данным Motson и соавт., показаниями для ТАТМЭ являются мужской пол, расположение опухоли ниже 12 см от ануса, «узкий» или «глубокий» таз, выраженное висцеральное ожирение или ожирение с ИМТ > 30 кг/м², увеличение простаты, неoadьювантная ХЛТ, крайне низкие опухоли, требующие тщательного контроля дистальной границы резекции [15]. Однако приведенные показания крайне не определены и не конкретизированы.

Предложенная нами шкала прогнозирования качества ТМЭ демонстрирует, что на качество ТМЭ влияет не отдельно взятый фактор риска, а их совокупность. Отнесение того или иного пациента к группе высокого риска некачественной ТМЭ говорит о том, что у данного пациента имеется совокупность неблагоприятных факторов, делающая практически невозможным получения макропрепарата высокого качества, что диктует необходимость использования трансанальной ассистенции.

Таким образом, разработанная шкала прогнозирования качества ТМЭ, может являться инструментом селекции пациентов для ТАТМЭ.

Выводы.

1. Независимыми факторами риска незавершенной ТМЭ являются: мужской пол, «узкий» таз, повышенная площадь висцерального жира, расположение опухоли ниже 5 см от зубчатой линии, расположение опухоли на передней стенке прямой кишки.
2. Разработанная шкала прогнозирования качества ТМЭ позволяет на дооперационном этапе выделять группы высокого и низкого риска незавершенной ТМЭ.
3. Частота получения макропрепарата неудовлетворительного качества у пациентов группы высокого риска составляет 76%, что диктует необходимость использования у данной когорты больных трансанального доступа. Однако для окончательных выводов необходимы дальнейшие исследования.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

СПОНСОР

Medtronic
Further, Together

M **MEDICUS - M**
IMPROVING QUALITY OF LIFE

FRESENIUS
KABI


Ordamed

Surgicare[®]
С заботой о бесценном!

 **МЕДЭКС ПЛЮС**
Эксклюзивный дистрибьютор ERBE