

**Цель работы.** Изучение результатов и осложнений трансанальных эндоскопических микрохирургических операций при различных патологиях прямой кишки.

**Материалы и методы.** В период с 2009 по 2014 года на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 74 пациента которым были выполнены трансанальные эндоскопические микрохирургические операции. При этом у 12 больных до операции был выявлен рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>), у 16 пациентов после операции по постоянным гистологическим препаратам была выявлена малигнизация, и у остальных 46 пациентов были доброкачественные опухоли прямой кишки. Средний возраст пациентов составил 69 лет. Показаниями к операции были аденомы и ранние стадии рака прямой кишки. При этом у 4-х больных после первичной операции, при контроле от 6 до 12 месяцев, образовывались новые полипы, которые также были удалены с использованием ТЭМ операций. Рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, I стадия) был выявлен у 29 пациентов.

**Результаты.** Средняя длительность операции составила 60 минут (от 15 до 240 мин.). Конверсия была выполнена у 1 пациента из-за перфорации прямой кишки. Дефект

слизистой удалось восстановить в 27 случаях после полной резекции опухоли. В послеоперационном периоде у 8 пациентов было кровотечение из послеоперационной раны прямой кишки. У 3 пациентов было нагноение послеоперационной раны. При гистологическом исследовании из 74 аденом, малигнизация в высоко дифференцированные аденокарциномы выявлена у 3 пациентов, умереннодифференцированные у 29 пациентов, у остальных пациентов были тубуловорсинчатые аденомы. При наблюдении в сроки от 12 до 60 месяцев было диагностировано 5 случаев рецидивов аденом и 2 рака прямой кишки. При этом средний диаметр удаленной опухоли составил 5 см (от 3 до 12 см).

У больных с ранним раком прямой кишки после иссечения опухоли обязательно проводили адьювантную лучевую и регионарную химиотерапию. От адьювантной лучевой терапии отказались двое больных, и у них наблюдался рецидив заболевания через 26 и 32 месяца.

**Выводы.** Операции ТЭМ являются эффективным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей прямой кишки и тщательно отобранных небольших T<sub>1</sub> аденокарцином. Данные операции сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, с сохранением качества жизни больных.

## ТРУДНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Грубник В.В., Герасимов Д.В.

Одесский государственный медицинский университет. Одесская областная больница, г. Одесса, Украина

**Вступление.** При поступлении больных с холедохолитиазом, холангитом, механической желтухой перед эндоскопистом стоит задача добиться адекватной декомпрессии желчного дерева в кратчайший срок. Однако одномоментное освобождение холедоха не всегда удается: кровоточивость после папиллотомии затрудняет дальнейшие манипуляции, заставляет их отсрочить; большой размер и количество камней; трудности эндоскопического доступа (атипичное расположение Фатерова соска, расположение его в дивертикуле, состояние после резекции желудка по Б-2, стенозирование привратника и постбульбарных отделов); несоответствие размеров конкремента и пути извлечения (структура ниже расположения конкремента, тубулярное стенозирование дистального отдела холедоха); внутрипеченочный литиаз; плохая переносимость пациентом эндоскопии. При вышеуказанных сложностях приходится прибегать к сочетанному применению малоинвазивных методик.

**Материалы и методы.** Выполнение холангиостомии на первом этапе позволяет устранить желчную гипертензию, снизить уровень желтухи, купировать явления холангита, что ведет к стабилизации состояния больного, позволяет выполнять последующие действия поэтапно и даже в амбулаторном режиме.

Выполненный чрезкожно холангиостомический канал расположен на одной оси с холедохом, обеспечивает свободный доступ ко всем его отделам. Через широкий холангиостомический канал, возможно, введение мощных инструментов для литотрипсии, манипуляции и захват конкрементов возможны даже при плотном обхвату стенки конкремента стенками холедоха, плотном заполнении конкрементами просвета. Между сеансами литотрипсии в холедох устанавливался наружно-внутренний стент 15 Fr. Наружный конец стента закрывался пробкой, несколько раз в день производилось промывание холедоха от детрита и фрагментов. Интервал между сессиями литотрипсии составлял от двух дней до двух недель. Фрагменты подходящего диаметра извлекали эндоскопически корзинкой Дормиа после предшествующей папиллотомии. При невозможности эндоскопического доступа, стриктурах, тубулярном стенозе — после баллонной дилатации дистальных отделов, низводили в кишку с помощью баллона, введенного через катетер достаточной жесткости.

Для полного устранения конкрементов потребовалось от двух до четырех сессий литотрипсии с последующим извлечением фрагментов и вымыванием детрита через наружно-внутренний стент. При констатации полного устранения конкрементов, нормализации пассажа желчи в кишку — стент извлекали. После дилатации рубцовой стриктуры, тубулярного стеноза — стент оставляли на срок 0,5-1 год.

**Результаты.** Сочетанные малоинвазивные вмешательства мы выполнили у 63 больных с холедохолитиазом. Среди больных преобладали женщины, возраст больных был от 38 до 87 лет, средний возраст составил 67,7±6,5 лет. Из 63 больных у 39 ранее была выполнена холецистэктомия. У 15 пациентов была интраоперационная травма желчных протоков с формированием рубцовых стриктур. 7 пациентов ранее перенесли реконструктивные операции по поводу травмы желчных протоков с последующим ретензионным. У 14 пациентов на фоне рубцовых стриктур и сужений внепеченочных желчных протоков имелись конкременты во внутрипеченочных желчных протоках.

Чрезкожные вмешательства удалось произвести у всех 63 пациентов. Для удаления конкрементов у 43 пациентов выполнялась механическая литотрипсия антеградно. У всех кроме 2 больных с рубцовыми стриктурами удалось произвести дилатацию и стентирование места сужения. У 9 пациентов после стабилизации состояния успешно произвели холецистэктомию и удаление конкрементов из холедоха. У 52 больных благодаря использованию комбинированных малоинвазивных методик удалось полностью удалить все конкременты из желчных протоков и ликвидировать механическую желтуху. 2 пациента умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности, несмотря на адекватное дренирование. Осложнения возникли у 4 из 53 больных: у 2 — подтекание желчи в брюшную полость, у 2 наблюдалась гемобилия. Все осложнения были купированы консервативными мероприятиями.

**Выводы.** Комбинированные малоинвазивные вмешательства создают возможности для оказания помощи больным с холедохолитиазом, являющимся функционально неоперабельными при трудностях традиционного эндоскопического вмешательства, являются высокоэффективными и достаточно безопасными методиками.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРКАСНАЯ НЕНАТЯЖНАЯ ПЛАСТИКА ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НОВЫМ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Грубник В.В., Малиновский А.В., Каташинский О.Ю.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Вступление.** Частота рецидивов после существующих на сегодня методик аллопластики гигантских (с площадью пищеводного отверстия диафрагмы (ППОД) более 20 см<sup>2</sup>) грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) достигает 40%.

**Цель работы.** Изучение среднесрочных результатов пластики гигантских грыж с помощью нового трансплантата, основанного на принципе каркасной ненатяжной пластики.

**Материалы и методы.** С ноября 2010 по февраль 2013 гг. по новой методике было прооперировано 44 пациента с гигантскими ГПОД II, III и IV типов. Средняя ППОД составила 37,5±15,6 (21,7-75,4) см<sup>2</sup> (рис. 1). Трансплантат *Rebound HRD-Hiatus hernia* представляет собой облегченную ПТФЭ сетку треугольной формы с вырезкой для пищевода (в форме сердца) размером 5,5×6,0 или 4,5×5,5 см, натянутую на нитиновый каркас с памятью формы (рис. 2). Он фиксировался к краям пищеводного отверстия диафрагмы позади пищевода 3-5 узловыми швами, таким образом обеспечивая реальную ненапряжную пластику (рис. 3). У всех пациентов выполнена фундупликация по Ниссену с фиксацией манжетки к диафрагме таким образом, чтобы избежать прямого контакта трансплантата с пищеводом. Результаты оценивались с помощью 10-балльных визуальных аналоговых шкал, опросника качества жизни *GERD-HRQL*, эндоскопического исследования с оценкой степени рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации, рентгенологического исследования, в т. ч. трехмерной рентгенокопии с помощью аппарата для ангиографии (рис. 4), суточного внутрипищеводного pH-мониторинга с расчетом индекса *DeMeester*.

**Результаты.** Среднее время постановки трансплантата составило 24,8±5,6 минут (15-35). Интраоперационных осложнений не было. Средний послеоперационный койко-день составил 5,0±1,5 (1-8) дней. Средне-срочные результаты изучены у 27 пациентов в среднем через 14,1±5,0 (6-24) мес. Анализ симптомов по визуальным аналогам шкалам до и после операции показал достоверное снижение интенсивности изжоги, болей, дисфагии и внепищеводных симптомов. Качество жизни по шкале *GERD-HRQL* достоверно улучшилось. Рефлюкс-эзофагит стадии LA A и B после операции присутствовал только у 2 больных, в то время как перед операцией он отсутствовал лишь у 9% пациентов. Индекс *DeMeester* и время пассажа бария по пищеводу достоверно снизились. При рентгенологическом обследовании истинных анатомических рецидивов не было. Было обнаружено 2 ложных анатомических рецидива. Имело место 2 симптомных и 1 бессимптомных функциональных рецидива. Длительной функциональной дисфагии и стриктур пищевода не было ни в одном случае.

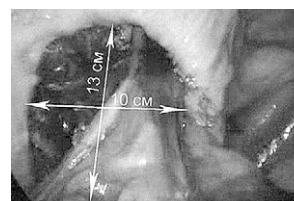


Рис. 1. Грыжевой дефект с ППОД 66 см<sup>2</sup> до пластики.



Рис. 2. Облегченная ПТФЭ сетка с периферическим нитиновым каркасом.



Рис. 3. Фиксация трансплантата.

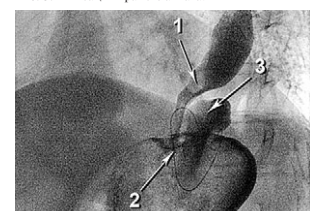


Рис. 4. Оценка анатомических результатов с помощью контрастной 3D-рентгенокопии: 1 — пищевод, 2 — рентгенконтрастный нитиновый каркас трансплантата, расположенный под диафрагмой, 3 — задний участок фундупликационной манжетки, расположенной между трансплантатом и пищеводом.

**Заключение.** При оценке средне-срочных результатов, новая методика характеризуется отсутствием истинных анатомических рецидивов и пищеводных осложнений, и требует дальнейшей разработки и сравнения со стандартными методиками.