

выполнена ЭПСТ, а затем дополнительно проведена БД этой области. После БД удаление конкрементов без проведения литотрипсии оказалось технически выполнимым в 70 (61,4%) случаях. В остальных 44 (38,6%) наблюдениях для полноценной санации желчного дерева потребовалось выполнение дополнительной механической внутривнутрипротоковой литотрипсии. При этом общая эффективность транспапиллярного эндоскопического лечения во всей исследуемой группе составила 96,5%. В 2017 году доля пациентов со «сложным» ХЛ, которым была проведена БД области ЭПСТ, достигла 77,6 % (38/49). При этом у 32 пациентов (84,2%) удалось добиться полноценной санации желчных протоков без использования дополнительных методик, у 5 пациентов все конкременты были извлечены после выполнения внутривнутрипротоковой механической литотрипсии, а одному больному не удалось санировать общий желчный проток в связи с размером камня (28мм в диаметре). Итоговый успех за 2017 год составил 97,3%. Таким образом, эффективность выполнения БД области ЭПСТ при лечении «сложного» ХЛ была относительно невысокой на этапе освоения методики, но с выходом кривой обучения на плато, значительно повысилась (84,2% в 2017 году против 50% за 2013-2016 гг). В нашем исследовании встретилось 3 (2,6%) осложнения – 2 кровотечения из области ЭПСТ, в одном случае остановленное с помощью комбинированного эндоскопического гемостаза при повторном вмешательстве, в другом – возникшее интраоперационно и потребовавшее экстренного хирургического вмешательства. Еще одним осложнением была ретродуоденальная перфорация, возникшая при извлечении крупного конкремента, которая привела к летальному исходу (0,9%). Заключение 1. БД области ЭПСТ является перспективной методикой в лечении «сложного» ХЛ, эффективность которой при изолированном применении составила по нашим данным 61,4%, а в комплексе с механической внутривнутрипротоковой литотрипсией достигла 96,5%. 2. Частота осложнений (2,6%) и летальности (0,9%) у данной сложной категории пациентов практически не превышает подобные показатели, характерные для эндоскопических транспапиллярных вмешательств в целом. 3. Для полноценной оценки результатов и преимуществ подобных вмешательств требуется проведение проспективного рандомизированного контролируемого исследования.

### 781. Опыт применения ретромукулярной видеоэндоскопической пластики E-MILOS

Тимербулатов М.В. (1,2), Сендерович Е.И. (1,2),  
Зиганшин Т.М. (1), Сибагатов Р.М. (2),  
Визгалова А.Е. (1,2), Аушев Д.Р. (2)

Уфа

- 1) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21,
- 2) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России

В клинической практике нередко случаи сочетания пупочных грыж и грыж срединной линии с диастазом передних мышц живота. Хотя диастаз передних мышц не является показанием к операции, данная ситуация часто приводит к развитию у больных патологического симптомокомплекса с болевым синдромом, психологическим и визуальным дискомфортом, что побуждает пациентов обратиться за медицинской помощью. Операция становится абсолютно показанной при сочетании данной патологии с пупочной грыжей или грыжей белой линии живота. В подавляющем большинстве случаев операции выполняются традиционным способом. Методика лапароскопической интраперитонеальной IPOM пластики малоэффективна при диастазах, так как не обеспечивает укрепление белой линии живота. В 2015 году на мастер классе профессором W.Reinhold был показан метод ретромукулярной пластики MILOS (Mini/Less Open Sublay), который заключается в выделении ретромукулярного пространства вместе с грыжевым мешком без вскрытия брюшной полости до мечевидного отростка, с последующим размещением в это пространство сетчатого имплантата без его фиксации. Однако в классическом варианте необходимо выполнение открытого этапа. В июле 2015 года профессор R.Bittner предложил модификацию техники операции, применив лапароскоп и троакары. Данный способ получил аббревиатуру E-MILOS (Endoscopic Mini/Less Open Sublay). Цель – оценить ближайшие результаты применения ретромукулярной видеоэндоскопической пластики E-MILOS (Endoscopic Mini/Less Open Sublay). Материалы и методы: Нами представляется первый опыт использования данной технологии у 9 пациентов с вправимыми пупочными грыжами за период с 2016 по 2017 г, находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы. Возрастной интервал составил 25-45 лет, 6 женщин (66,7%) и 3 мужчин (33,3%). Методика

обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Операции проводили под эндотрахеальным наркозом. Операция начиналась с введения 3 троакаров ниже пупка 1-10мм, 2 - 5мм. Не вскрывая брюшину, путем рассечения заднего листка влагалища прямой мышцы с сохранением переднего выполнялся вход в ретромускулярное пространство. Давление газа в полости поддерживали на уровне 12-15 мм.рт.ст. При помощи 5 мм инструментов выполняли диссекцию в слое до мечевидного отростка краниально, до краев влагалища прямых мышц медиально. В сформированное пространство вводился полипропиленовый протез. В 7 случаях протез не фиксирован, в 2-х случаях произведена фиксация к мечевидному отростку. Результаты: В послеоперационном периоде у пациентов прооперированных E-MILOS осложнений не было. Средняя продолжительность операции при данной методике - 130,5 мин. В день операции назначали постельный режим. На 1-е сутки после операции пациенты самостоятельно передвигались. Средний срок госпитализации - 5 суток. Отдаленные результаты наблюдали в сроки от 1 до 5 месяцев. Рецидивов и персистирующего болевого синдрома не выявлено. Выводы: Применяемая ретромускулярная видеоэндоскопическая пластика E-MILOS показала себя как эффективный способ лечения пупочных грыж в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Из преимуществ данного способа можно отметить выполнение операции без традиционной фиксации сетки швами к тканям брюшной стенки без входа брюшную полость. Использование бесшовной техники позволяет сократить продолжительность операции, при этом надежность пластики не снижается. Также к преимуществам можно отнести отсутствие остаточной полости, в отличие от IPOM пластики. Недостатки – сложность в выделении ретромускулярной полости, при которой можно вскрыть брюшину. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования данного метода герниопластики, которые станут более эффективными и выполнимыми с накоплением их количества.

## 782. Опыт лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств при раке ободочной кишки

*Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л.,  
Максименков А.В., Степанюк И.В., Назаров В.А.,  
Колозян Д.А.*

Москва

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»  
Минздрава России.

Актуальность. В настоящее время техника выполнения левосторонних и правосторонних резекций при раке ободочной кишки проходит этап стандартизации методологии вмешательств. На стыке западной и восточной концепций формируется единый стандарт техники видеоскопических операций с определением объема лимфаденэктомии D2-D3. Материалы и методы. За период 2012-2017 гг в НМХЦ им Н.И. Пирогова выполнено 214 оперативных вмешательств по поводу рака ободочной кишки с использованием лапароскопических и робот-ассистированных технологий. Выполнено 91 правосторонняя гемиколэктомия (ПГЭ) и 123 левосторонних резекций ободочной кишки. В основе техники выполнения вмешательств была западная концепция с выполнением полной мезоколонэктомии с центральным лигированием сосудов (СМЕ+CVL). Полученные результаты. При ПГЭ методика СМЕ+CVL обеспечивала объем лимфаденэктомии D2. Этот объем вмешательств выполнен у 48 пациентов, медиана удаленных л/у 11 (4-24). При выявлении признаков поражения группы апикальных л/у, у 19 пациентов оперативное вмешательство дополнялось удалением 203, 213 групп (JSCCR), медиана удаленных л/у составила 16 (4-28). С применением стандартизированной методики D3-лимфаденэктомии с обнажением передней полуокружности ВВВ с пересечением правых сосудов непосредственно у устья и верифицированным забором 203 и 213 групп л/у выполнено 24 операции, медиана удаленных л/у составила 17.5 (6-27). При выполнении левосторонних резекций также применялась концепция СМЕ+CVL, уровень лимфаденэктомии отличался в зависимости от техники обработки устья НБА. При выполнении D2 лимфаденэктомии устье обрабатывалось без обнажения передней полуокружности аорты. Этот уровень лимфаденэктомии выполнен нами при 18 левосторонних и расширенных левосторонних