

растет. В возрасте от 40 до 60 лет частота его возникновения составляет 8 случаев на 100 тысяч населения, а среди лиц старше 60 лет уже 150 случаев. С увеличением заболеваемости растут и показатели смертности, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, являясь второй по частоте причиной летальных исходов. Хирургическое лечение больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста сопровождается повышенной частотой осложнений и летальности, что обусловлено наличием высокого индекса коморбидности, высокого и крайне высокого операционно-анестезиологического риска. В настоящее время существуют общепринятые взгляды на выполнение «традиционных» вмешательств по поводу данной патологии у лиц пожилого и старческого возраста. Однако по данным отечественной и зарубежной литературы применение «эндовидеохирургических» (ЭВХ) технологий у лиц старших возрастных групп остается противоречивым. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 334 больных раком толстой кишки пожилого и старческого возраста, которые находились на лечении в период с 2006 по 2017 год. Пациентам выполнялись плановые оперативные вмешательства по поводу колоректального рака. Пациенты пожилого возраста составили 137(41,1%) больных, старческого 187(55,9%). Долгожителями являются 8(2,4%) пациентов. Риск ССО 1 составил у 1 (0,3%) больного, 2- 37 (11,07) больных, 3- 200 (59,88%) больных, 4 - 96(28,74%) больных. В соответствии с классификацией операционно-анестезиологического риска Американской ассоциации анестезиологов (ASA) пациенты с высоким риском ASA III – 222, крайне высоким ASA IV- 112 больных. Пациентам выполнялись как «открытые» оперативные вмешательства с ASA III-185 пациентам, с ASA IV- 95 пациентам, так и лапароскопические операции с ASA III-37, с ASA IV-17 пациентам, соответственно. Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения в группе лапароскопически оперированных больных (n=54) составили 9 (16,7%) случаев. У пациентов, прооперированных «открытым» доступом (n=280) частота осложнений составила 87 (31,1%). Анализ структуры осложнений по Clavien-Dindo показал, что в группе лапароскопически оперированных больных не только меньше осложнений, но и легче их тяжесть. Так, осложнения IV и V степени в группе больных, оперированных «открытым» доступом, составили 25 (8,9%) случаев, тогда как у больных прооперированных лапароскопически всего 1 (1,8 %) случай. Так же нами установлено, что результаты лечения с применением эндовидеохирургических

технологий помимо снижения количества осложнений, сопровождаются уменьшением объема кровопотери в 2,5 раза, количества койко-дней в стационаре. Уровень 30-дневной смертности составил при «открытых» операциях 15 (5,4%) случаев, тогда как в группе лапароскопически оперированных больных 1 (1,8%) случай. Выводы и рекомендации. Таким образом обоснованное применение ЭВХ технологий в лечении данной категории больных, несомненно приведет к улучшению качества жизни, уменьшению количества осложнений, послеоперационной летальности и времени пребывания в стационаре. Несомненно, такие распространенные причины отказов от лапароскопического лечения, как возраст пациентов, «личный опыт» хирурга с неадекватной оценкой операбельности, не должны находить широкого применения. Выбор больных для выполнения лапароскопических операций должен осуществляться совместно с анестезиологом, с применением современных шкал и индексов, определяющих операбельность пациентов данной категории. Вопрос применения ЭВХ технологий для лечения больных с тяжелой сопутствующей патологией весьма дискуссионен и требует дальнейшего изучения и анализа.

387.Изучение отдаленных результатов: может ли оно повлиять на выбор методики хирургической операции у больных с грыжами пищеводного отверстия?

Галимов О.В.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО

Бурное обсуждение проекта национальных клинических рекомендаций по грыжам пищеводного отверстия диафрагмы(ГПОД) свидетельствует о чрезвычайной актуальности проблемы. Число выполняемых операций на кардии растет с геометрической прогрессией, и у каждого уважающего себя хирурга сформировались свои убеждения по выбору метода лечения этой

категории больных, поскольку многие уже обладают большим количеством собственных наблюдений. При этом все пользуются разнообразными техническими приемами оперирования, которые постоянно развиваются и совершенствуются. Одни методики забываются (пластика круглой связкой печени, использование протеза Ангельчика и т.д.), появляются новые (магнитное кольцо (Мейо LINX), продвижение которых активно лоббируется производителями медицинского оборудования. Особенностью современного этапа «оказания медицинских услуг» больным с ГПОД является то, что хорошо информированное через СМИ население с широко распространенными симптомами гастроэзофагеального рефлюкса обращается за радикальным излечением к хирургу при минимальном инструментальном обследовании. Обычно для верификации диагноза ограничиваются рентгенологическим и эндоскопическим обследованием. В последние годы в хирургии ГПОД, подобно пластической хирургии появилось новое показание к операции – «настоятельное желание пациента». В обычных условиях пациенты после лапароскопических фундопликаций находятся в клинике 2- 5 дней и все видят непосредственные результаты (как правило в 90-95% хорошие и очень хорошие). Но что происходит в более отдаленные сроки? Группой клинических ординаторов нашей кафедры произведено выборочное изучение двухлетних послеоперационных результатов лечения у 100 больных ГПОД в нескольких клиниках г.Уфы в 2015г. Женщин было 68, мужчин - 32. Средний возраст пациентов составил 44,5 года. В выборку включены 60 пациентов, которым выполнена полная (360°) фундопликация (Ниссен), 40 пациентов парциальная (180-270°) фундопликация (Дор, Тупе, Черноусов А.Ф.). Коррекция пищеводного отверстия при его увеличении у 32 произведена диафрагмокрурорафией, у 17 с использованием сетчатого протеза. Оперировали разные хирурги. В 16 случаях выполнялись симультанные операции (холецистэктомии-13, грыжесечения-3). Изучение отдаленных результатов проводили методом анкетирования. 14 пациентам удалось провести контрольное инструментальное обследование. Данные опроса удалось получить у 84. При общей оценке самочувствия по 4-х бальной шкале отличные результаты отметили 7 (8,3%), хорошие-45 (53,6%), удовлетворительные-24 (28,5%), неудовлетворительные-8 (9,5%). На вопрос насколько исчезли дооперационные жалобы и не появились ли новые, утвердительно ответили 48 (57,1%), 36 (42,9%) отметили присутствие

патологических симптомокомплексов, которые одинаково часто наблюдались после различных видов коррекции кардии. В целом удовлетворены ли вы результатами хирургического лечения? «Да» ответили 52 (61,9%) бывших пациента, «нет» - 32 (38,1%). Причем все пациенты, которым наряду с коррекцией ГПОД выполнялись сочетанные вмешательства в группе удовлетворенных результатами хирургии. 14 пациентам удалось провести контрольное инструментальное обследование. При этом у большинства (10) не выявлено отклонений от нормы, лишь у 3 пациентов диагностирован эзофагит, а у 1 больного с неполной фундопликацией по Тупе с крурорафией определены рентгенологические признаки рецидива ГПОД. Выводы: Изученные нами отдаленные результаты не выявили существенной разницы послеоперационных субъективных ощущений пациентов между методиками операции (полная или неполная фундопликация). Нам представляется, что результаты операций у больных с ГПОД в большей степени зависят от строгого отбора больных для вмешательства. Показания к операции должны обосновываться на полноценных данных дооперационного клинико-инструментального обследования, с учетом выявления сопутствующей патологии.

388. Фото и видеофиксация данных — безопасность хирурга или пациента?

Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г.

Санкт-Петербург

НУЗ Дорожная Клиническая больница ОАО «РЖД»

Актуальность: В настоящее время, когда меняются социально-этические устои общества, затрагиваются многие другие аспекты жизни пациентов остро встает проблема безопасности врачей в плане привязки их деятельности к существующим стандартам и протоколам. Не существует систем, позволяющих выполнять объективную фиксацию данных в реальном времени. Те средства, которые применяются — бумажные и электронные носители истории болезни, базы данных, многочисленные журналы, протоколы операционных действий и т.д. ни коем