

тип IV – 8 пациентов по классификации Bismuth-Corlette). У 2 пациентов – рак желчного пузыря, у 11 пациентов – метастатический процесс в гепатодуоденальной связке. Для оценки результатов лечения использовали следующие критерии: 1. Технический успех – адекватное позиционирование дренажа; 2. Терапевтический успех – снижение уровня билирубинемии ниже 100мкмоль/л к моменту выписки из стационара; 3. Наличие осложнений (кровотечение, острый панкреатит, холангит); 4. Летальность. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы MedCalc v. 3.2.2. (Belgium). При оценке качественных признаков использовался критерий Fisher и χ^2 . Для сравнения непрерывных данных использовался Mann-Whitney U-test. Результаты: ЧЧХС выполнили у 31 пациента. У 7(22,5%) пациентов из них выполнили билатеральное дренирование. Показания: наличие технической возможности, подозрение на разобщение протоковой системы, неэффективность эндоскопического дренирования. У 7(22,5%) пациентов перед выполнением ЧЧХС предпринималась неудачная попытка эндоскопического дренирования желчных протоков. Из них у 4(12,9%) пациентов отсутствовала возможность эндоскопического доступа к БСДК, у остальных - возникли технические трудности при реканализации опухоли проводником. Технический успех ЧЧХС составил 87%. Терапевтический успех был достигнут у 23(74%) пациентов. Летальность составила 3(10%) пациента. Эндоскопическое стентирование желчных протоков выполнили 11 пациентам. Из них билатеральное дренирование - 3 (27%) пациентам. Показания: наличие технической возможности, невозможность или неэффективность ЧЧХС. Технический успех был достигнут в 63% случаев, терапевтический успех - у 9(81%) пациентов. Летальность после эндоскопического стентирования составила 2(18%) пациента. При эндоскопическом стентировании отмечается тенденция к увеличению риска развития холангита - 3(27%) и острого панкреатита 2(18%) пациента, в сравнении с ЧЧХС(4(12,9%) и 2(6,4%) пациентов соответственно). Однако при ЧЧХС выявлено больше случаев развития геморрагических осложнений (3(9,6%) и 0 пациентов соответственно). Достоверных различий в летальности не получено. Выводы: 1. ЧЧХС и ретроградное эндобилиарное стентирование при опухолевой обструкции желчных протоков в области ворот печени являются взаимозаменяемыми методиками и могут применяться при невозможности выполнения противоположной; 2. Выполнение ЧЧХС по сравнению с эндоскопическим стентированием

сопровождается более высоким техническим успехом, меньшим риском развития холангита и острого панкреатита; 3. Эндоскопическое стентирование сопровождается меньшим риском развития геморрагических осложнений по сравнению с ЧЧХС.

681. Варианты пластики вентральных грыж больших и гигантских размеров.

*Тимербулатов М.В. (1,2), Сендерович Е.И. (1,2),
Зиганшин Т.М. (1), Визгалова А.Е. (1,2),
Сибгатов Р.М. (2), Гарифуллин Р.А. (2)*

Уфа

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

Проблема лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами является важной и до конца нерешенной. На сегодняшний день актуальным остается поиск оптимального и индивидуализируемого метода лечения. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами путём внедрения в практику модифицированного способа герниопластики. Материалы и методы: В хирургическом отделении №1 ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы за период с 2014 год по 2017 год было прооперировано 168 больных с вентральными грыжами срединной локализации больших(W3) и гигантских (W4) размеров. В нашем исследовании использовано 4 способа комбинированной пластики: по технологиям «onlay» (12 пациентов), «sublay» (119 пациентов), модифицированный способ по Белоконеву (24 пациента), который заключается в расположении сетчатого эндопротеза под прямыми мышцами живота с одновременным ушиванием рассеченных медиальных и латеральных листков апоневроза, лапароскопическая интраперитонеальная пластика «IPOM» (13 пациентов). Все пациенты были обследованы на догоспитальном этапе и прооперированы в плановом порядке. У 134 (79,8%) больных были выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее частыми были заболевания

сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) (39), ожирение II-III степени (74), сахарный диабет 2 типа (21). Из общего количества больных у 35 пациентов (20,8 %) большие и гигантские грыжи носили послеоперационный рецидивный характер. Всем больным проводилась:

- 1) антибиотикопрофилактика (за 30 минут до операции внутривенно вводили 1 г. цефтриаксона);
- 2) профилактика ТЭЛА (компрессионные чулки). У 36 (21,4%) пациентов было проведено активное дренирование по Редону. Пациентам, прооперированным по способу Белоконова, дренирование не проводилось. Результаты: В послеоперационном периоде больные получали антибиотики из группы цефалоспоринов по 1,0 г. 1-2 раза в день. С первых суток после операции больным рекомендовали активный режим с обязательным ношением бандажа. В послеоперационном периоде осложнения развились у 19 пациентов, из них прооперированные по технологии: onlay – 6 (66,7%), sublay – 13 (33,3%). У пациентов прооперированных по способу Белоконова и «IPOM» осложнения не развились. Все осложнения были местными (серома – 42,1%, гематома -15,7% , инфильтраты-26,3% , нагноение- 5,2%, краевой некроз кожи-5,2%). Продолжительность госпитализации составила в среднем $10,3 \pm 1,1$ суток. Обсуждение: Таким образом, нами применялось различное расположение синтетического протеза: «onlay», «sublay», «IPOM». Лапароскопическая интраперитонеальная пластика IPOM отличается минимальной травматизацией тканей, возможностью выполнения симультанных операций. Недостатком данной методики является необходимость применения дорогих композитных материалов. Компромиссным решением для нашего исследования стало применение отечественных композитных эндопротезов (3 пациента), что позволило существенно снизить затраты. Модифицированный нами способ пластики профессора В.И. Белоконова, по нашему мнению, дает возможность отказаться от длительного дренирования подкожной клетчатки, сократить число послеоперационных осложнений (образование сером, гематом, инфицирование, миграцию и отторжение эксплантата) и процент рецидивов грыж, длительность пребывания в стационаре и сроки реабилитации пациентов. Выводы: В настоящее время существуют различные методы герниопластики вентральных грыж больших и гигантских размеров. Большинство данных грыж являются послеоперационными рецидивными. Основная задача хирурга сводится к выбору

оптимального метода расположения протеза в каждом конкретном случае. Лапароскопическая IPOM-пластика показала себя как эффективная методика лечения вентральных грыж малых и средних размеров. Модифицированный способ Белоконова является перспективным способом герниопластики послеоперационных вентральных грыж больших и гигантских размеров, который должен быть использован в практике хирурга.

682. Видеолапароскопическая гастрэктомия при осложненном раке желудка

*Ярцев П.А., Тарасов С.А., Роголь М.М.,
Кирсанов И.И.*

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. В настоящее время лапароскопические операции при раке желудка не являются общепринятым стандартом хирургического лечения, хотя лапароскопическая гастрэктомия вошла в региональные стандарты лечения раннего рака желудка в Японии и Южной Кореи. Исследования, сравнивающие результаты открытых и лапароскопических операций, показывают сходные ближайшие и отдаленные онкологические результаты. Мировой опыт миниинвазивной онкохирургии стремительно растет, однако, по-прежнему ведутся дискуссии о преимуществах и недостатках лапароскопического доступа при лечении рака желудка. Материал и методы. С 2013 года по 2018 года в институте Склифосовского выполнено 19 лапароскопических гастрэктомией по поводу осложненного рака желудка. Все пациенты были госпитализированы в связи с желудочным кровотечением. Операцию проводили в отсроченном порядке (на $8,4 \pm 1,2$ сутки), после достижения гемостаза с помощью эндоскопического вмешательства и достижения ремиссии на фоне комбинированной терапии. Женщин – 9, мужчин – 10, средний возраст – $62,6 \pm 14,2$ года. Распространенность первичной опухоли соответствовала cT2, cT3 с распространением на тело желудка. Данных о наличии отдаленных метастазов не было. Учитывая клинические данные по распространенности первичного очага от T2,