

Тенденции развития клинической и экспериментальной хирургии: взгляд молодых ученых

12 июня 2015 г. в Харькове в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины» состоялась Научно-практическая конференция молодых ученых «Тенденции развития клинической и экспериментальной хирургии». В ходе мероприятия специалисты представили доклады, посвященные применению мини-инвазивных технологий в хирургии, новым методам хирургического лечения пациентов с различными заболеваниями, профилактике ранних и поздних осложнений, поделились собственным клиническим опытом и результатами научных исследований.



Открыл работу конференции **Евгений Мушенко**, научный сотрудник отделения заболеваний пищевода и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ГУ «Институт общей и неотложной хирургии

имени В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», рассказав о хирургическом лечении гнойных осложнений некротического панкреатита. В своем выступлении он поделился опытом применения различных хирургических методов при терапии этого заболевания. Так, пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвукового исследования показаны при единичных панкреатогенных абсцессах любой локализации, а также инфицированных псевдокистах при наличии эхоакустических окон. Видеоскопические операции выполняют при неэффективности пункционно-дренирующих вмешательств, наличии крупных секвестров (>2 см), перитонита, при необходимости установления дренажей крупного диаметра; люмбоскопические вмешательства — при преимущественном панкреатогенном поражении забрюшинной клетчатки. В случае затруднительной визуализации показано мануальное ассистирование. У пациентов с массивным гнойно-некротическим поражением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки при заведомой неэффективности других мини-инвазивных методов, а также при опасном соседстве патологических очагов с крупными сосудами и близлежащими органами при необходимости визуального и мануального контроля за выполняемыми манипуляциями используют операции из мини-доступа по ультразвуковой метке.

Лечение пациентов с деструктивным панкреатитом должно быть комплексным, при этом хирургический этап необходимо проводить по возможности как можно позже от начала заболевания, что позволяет выполнить наиболее полную одномомент-

ную санацию гнойно-некротических очагов при наименьшей травматичности. Хирургическая тактика должна быть индивидуализированной, основываться на характере и объеме поражения поджелудочной железы, учитывать состояние пациента на момент операции и преследовать цель уменьшения выраженности явлений эндогенной интоксикации. Применение комплексного хирургического подхода с дифференцированным использованием мини-инвазивных методик оперативного лечения при гнойных осложнениях некротического панкреатита, этапный принцип хирургического лечения пациентов данной группы позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снизить летальность.



Виталий Жидецкий, младший научный сотрудник отделения заболеваний пищевода и ЖКТ ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», представил вни-

манию слушателей доклад, посвященный тактике хирургического лечения пациентов с протяженными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Методики эзофагопластики желудком, тонкой или толстой кишкой у таких больных могут быть использованы, однако тактика лечения должна базироваться на индивидуальном подходе. Необходимо учитывать степень нарушения трофологического статуса, анатомические особенности самой стриктуры, общее состояние пациента, а также наличие хирургических вмешательств на органах пищеварительного тракта в анамнезе, определяющих возможности выполнения реконструктивных операций, выбор интерпоната и доступа в каждом конкретном случае.

Истощение и угасание компенсаторных механизмов организма у пациентов с протяженными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода не позволяют провести реконструктивную операцию ввиду

высокого риска развития интра- и послеоперационных осложнений, в связи с чем на базе клиники института разработан и внедрен двухэтапный подход к хирургическому лечению, основанный на восстановлении трофологического статуса пациента на подготовительном этапе. Тактика разделения пациентов на тех, которым показано двухэтапное хирургическое лечение, и тех, у которых возможно выполнение одномоментного хирургического вмешательства, а также использование модифицированных методик гастростомии и эзофагогастропластики способствуют уменьшению количества послеоперационных осложнений, сокращению летальности, улучшению результатов лечения и качества жизни оперированных, являясь методом выбора.



Владислав Цодиков, ассистент кафедры хирургических болезней, оперативной хирургии и топографической анатомии Харьковско-го национально-го университета имени В.Н. Каразина, представил

результаты сравнительного анализа эффективности различных методов хирургического лечения хронической анальной трещины. Показано, что оперативное вмешательство путем иссечения трещины с мукозопластикой значительно снижает интенсивность болевого синдрома в послеоперационный период и улучшает качество жизни пациентов за счет уменьшения количества осложнений. В то же время латеральная сфинктеротомия временно улучшает состояние больных и не является радикальной операцией. В отдаленный послеоперационный период у пациентов, у которых применили эту хирургическую методику, могут возникнуть осложнения в виде инконтиненции, что негативно сказывается на качестве их жизни. Иссечение трещины в пределах здоровых тканей с последующей мукозопластикой, по мнению докладчика, является патогенетически обоснованной и наиболее оптимальной

методикой хирургического лечения при данном заболевании.



Об эндоваскулярных технологиях в диагностике и лечении рака прямой кишки, осложненном кровотечением, шла речь в выступлении **Дмитрия Пилигуина**, ассистента кафедры хирургии Харь

ковской медицинской академии последипломного образования. Он отметил, что на сегодня эндоваскулярная эмболизация при раке прямой кишки, осложненном кровотечением, является надежным и безопасным методом, применяемым как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами лечения. В то же время вариабельность клинических ситуаций и кровоснабжения опухоли требует разработки алгоритмических подходов к проведению эндоваскулярных вмешательств. Перспективным, по мнению докладчика, является применение при раке прямой кишки химиоэмболизации, позволяющей провести санацию путей лимфовенозного оттока, что способствует снижению риска отдаленных рецидивов; как самостоятельный метод ее можно использовать у неоперабельных больных.



Продолжила работу конференции **Маргарита Писецкая**, младший научный сотрудник отделения неотложной хирургии органов брюшной полости ГУ «Институт общей и неотложной хирургии

имени В.Т. Зайцева НАМН Украины». В ее выступлении прозвучало, что применение кровосберегающих технологий (малотравматичная диссекция паренхимы печени с прецизионной обработкой трубчатых структур, сосудистая окклюзия, малообъемная инфузионная терапия) в резекционной хирургии печени позволяет существенно уменьшить количество послеоперационных осложнений, а также снизить послеоперационную летальность.



Артем Чикин, младший научный сотрудник отделения неотложной хирургии органов брюшной полости ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», отметил, что, несмотря на достаточное количество инструментальных методов исследования и доступность их проведения, численность больных с пер-



вые выявленными злокачественными опухолями малого таза на последних стадиях достигает 50–75%; летальность в течение 1-го года после установления диагноза составляет от 5% — при раке эндометрия, до 35% — при раке прямой кишки, яичника, опухолях органов малого таза.

Комбинированные и расширенные операции при местно-распространенных опухолях малого таза и наличии отдаленных метастазов в сочетании с химиотерапией и лучевой терапией существенно улучшают непосредственные, отдаленные и функциональные результаты лечения. В то же время неудовлетворительные результаты лечения обусловлены тяжелым состоянием пациентов, в том числе запущенностью опухолевого процесса при первичном обращении, отсутствием четко разработанных показаний к расширенному и комбинированному операциям в случаях вовлечения в опухолевый процесс мочевыводящих путей, крупных артериальных и венозных сосудов. Кроме того, отмечена недостаточно разработанная последовательность мобилизации органоконкомпекса при различных вариантах поражения, требуются уточнения показаний к реконструктивным и восстановительным операциям, разработка технической стороны оперативных вмешательств.



Ирина Бабькинна, сосудистый хирург отделения острых заболеваний и сосудов ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», отметила, что изменения

в венозной системе присутствуют у 70% населения, 25% из них имеют хроническую венозную недостаточность (ХВН) нижних конечностей (НК), основными причинами развития которой являются венозная и посттромбофлебитическая болезнь. К симптомам ХВН НК относят: тяжесть, боль, наличие варикозно расширенных вен на НК, атрофические изменения подкожной

клетчатки (от пигментации кожи до дерматита и экземы), наличие трофических язв.

Существуют два метода коррекции состояния пациентов с язвами НК при ХВН: консервативный (эластическая компрессия, коррекция образа жизни, лечебная физкультура и гимнастика, физиотерапевтические мероприятия, фармакотерапия, местное лечение трофических расстройств) и оперативный (этапные, радикальные, паллиативные, расширенные операции).

Как правило, пациентам с выраженными трофическими нарушениями, сопутствующей соматической патологией, наличием инфицированного язвенного дефекта (как при варикозной, так и посттромбофлебитической болезни) выполняют этапные операции. Радикальные хирургические вмешательства рекомендованы пациентам с выраженными трофическими нарушениями без сопутствующей соматической патологии, с наличием неинфицированных язв, только при варикозной болезни. Паллиативные операции проводят при посттромбофлебитической болезни с инфицированными трофическими язвами и сопутствующей соматической патологией, расширенные — при наличии неинфицированных трофических язв как при варикозной, так и при посттромбофлебитической болезни. По мнению докладчика, индивидуализированный подход к выбору тактики лечения значительно улучшает прогноз заболевания в дальнейшем.



Евгений Черкашенинов, ассистент кафедры хирургии № 2 Харьковского национального медицинского университета, ознакомил слушателей с мини-инвазивными методами лечения пациен-

тов с варикозной болезнью — эндоваскулярной лазерной коагуляцией вен, лазерной коагуляцией, радиочастотной абляцией вен, абляцией микроимпульсами пара, механохимической абляцией вен, применением биоклея.



Ася Аветян, сер-
дечно-сосудистый
хирург отделения
кардиохирургии
и неотложной кар-
диологии ГУ «Ин-
ститут общей и
неотложной хи-
рургии имени
В.Т. Зайцева
НАМН Украины»,
представила ана-

лиз клинических наблюдений относительно хирургической тактики при осколочных ранениях перикарда. При инородных телах в перикарде оправдана активная хирургическая тактика, поскольку риск операций по удалению осколков ниже риска и тяжести возможных осложнений.

Обследование таких пациентов включает проведение рентгенографии органов грудной полости, сонографию сердца, эхокардиографию, компьютерную томографию. Однако следует помнить, что с помощью современных методов исследования не всегда можно исключить повреждение сердца и крупных сосудов, а также прогнозировать осложнения — развитие перикардита, пролежня стенки сосудов, миграцию осколков, вторичное повреждение близлежащих органов.

Докладчик ознакомила слушателей с лечебно-диагностической тактикой при ранении перикардита, отметив, что использование видеоторакокопии у гемодинамически стабильных пациентов является информативным методом, позволяющим оценить наличие и характер повреждений, а также определить необходимый объем вмешательства.



Сергей Битяк, младший научный сотрудник отделения хирургии органов брюшной полости ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», в своем вы-

ступлении уделил внимание роли мини-инвазивных методов в лечении несостоятельности пищеводных анастомозов. На сегодня существуют две принципиальные позиции лечения данной патологии — консервативная (выжидательная с применением трансназального зонда) и оперативная (выполнение повторного оперативного вмешательства в кратчайшие сроки). Недостатком использования трансназального зонда является длительность и относительная малоэффективность при постоянном поддержании гнойно-воспалительного процесса в средостении, плевральной и/или брюшной полости микрофлорой ЖКТ. Несовершенство оперативной тактики заключается в отсутствии условий для формирования повторного анастомоза, что вынуждает хирурга закончить операцию формированием эзофаго-, гастро-



или еюнотомы, что, в свою очередь, приводит к необходимости повторного оперативного вмешательства. Летальность даже в специализированных клиниках с большим опытом выполнения подобных операций достигает 15–40%.

Показано, что стентирование позволяет существенно улучшить результаты лечения пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов, а также избежать повторной операции при дефекте размером $> \frac{1}{2}$ окружности анастомоза. Надежная герметизация зоны анастомоза обеспечивает оптимальные условия заживления свищевого хода, позволяет сразу начать адекватное энтеральное питание. Отсутствие негативного влияния зонда на функцию верхних дыхательных путей и рецепторные центры носоглотки, а также ограничений физической активности способствуют благоприятному восприятию пациентами стентирования и их ранней функциональной адаптации.



Денис Кириенко, клинический ординатор кафедры хирургии № 1 Харьковского национального медицинского университета, поделился опытом применения гибридных операций в лечении

пациентов с критической ишемией НК. Он отметил, что этот вид хирургического вмешательства позволяет снизить степень операционной травмы, корригировать кровотоки в ходе одной операции, использовать наиболее подходящие хирургические или эндоваскулярные методы для каждого конкретного клинического случая, провести полную реваскуляризацию ишемизированной конечности у больных со сложными многоэтажными поражениями и высоким периоперационным риском. Применение комбинированных или гибридных операций сопровождается значительно меньшим количеством периоперационных осложнений и более низкой летальностью по сравнению с открытым

реконструктивным вмешательством. В то же время их недостатком является повышение риска инфицирования ран в связи с удлинением времени проведения операции.



Кирилл Мясоедов, аспирант кафедры хирургии № 1 Харьковского национального медицинского университета, обратил внимание на роль прогностических маркеров (эндоглина, трансформирующего фактора роста, оксида азота, активных форм кислорода) в развитии ишемии НК.

В ходе конференции также представлены доклады, посвященные применению интервенционной радиологии в лечении пациентов с механической желтухой опухолевого генеза, эндовенозной лазерной абляции магистральных подкожных вен, мини-инвазивных технологий в терапии осложненных псевдокист поджелудочной железы, методик малой хирургии у пациентов с острой и хронической неспецифической эмпиемой плевры. Рассмотрены вопросы диагностики и хирургической тактики при ушибе сердца у пострадавших вследствие минно-взрывной травмы, стеноза сонных артерий с целью профилактики ишемического инсульта.

Мероприятие вызвало большой интерес среди молодых ученых, чьи выступления подтвердили актуальность и высокую значимость научных исследований и разработок в области хирургии. Организаторы конференции высказали уверенность в необходимости проведения научных форумов такого формата, а также в том, что на следующей конференции будет заслушано не только большее количество научных докладов, но и расширится география участников.

*Марина Колесник,
фото автора*