

ISSN 2075-6895

# АЛЬМАНАХ

Института Хирургии  
имени А.В.Вишневого



№1 2018

# АЛЬМАНАХ

**Института хирургии  
имени А.В. Вишневского**

**Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета  
Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение  
рекомендаций по подготовке тезисов.**

**№1 2018**

# ТЕЗИСЫ

## ОБЩЕРОССИЙСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ФОРУМА-2018

с международным  
участием

г. Москва  
3-6 апреля 2018 г.

фасцией бедра. Через 2 месяца переведена в санаторий. Через полтора месяца после этого сделана краниопластика титановой пластиной. Выписана через 4 месяца после ранения. Таким образом, особенностями минно-взрывной травмы, полученной в вагоне метро в результате террористического акта, являются одномоментное поступление в травмоцентр нескольких тяжелораненых, комбинированность и сочетанность повреждений наличие тяжелых черепно-мозговой травмы, осколочных повреждений мягких тканей и переломов костей, необходимость формирования нескольких хирургических бригад, использования тактики Damage control, эндоваскулярных вмешательств и продолжительного многоэтапного лечения с участием хирургов различных специальностей.

#### **216. Чресфистульное наноэлектроимпульсное дробление конкрементов желчных протоков**

*Бабак А.И. (1), Можеева Е.А. (1),  
Расквалов Д.А. (2), Андриенко И.С. (2),  
Прудков М.И. (1)*

Екатеринбург

1) Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», 2) ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Введение. Наибольшие трудности чресфистульной литэкстракции обусловлены большими размерами желчных конкрементов. В 2003 году был предложен новый способ разрушения конкрементов наносекундными электрическими импульсами, сходный по механизму дробления с контактной электрогидравлической литотрипсией (ЭГЛ), но обладающий рядом преимуществ. Как при ЭГЛ, так и при наноэлектроимпульсной литотрипсии (НЭИЛ) используется гибкий зонд, содержащий 2 изолированных коаксиально расположенных электрода. При достижении контакта головки зонда с конкрементом на электроды подается электрический импульс. При высоковольтных импульсах длительностью 102-103 наносекунд твердый диэлектрик (конкремент) имеет более низкое сопротивление пробоя, чем жидкая среда.

Поэтому при НЭИЛ, в отличие от ЭГЛ, электрический пробой, создающий ударную волну, происходит не в жидкой среде, а в толще конкремента. Разрушение конкрементов при использовании НЭИЛ происходит при меньших значениях суммарной энергии и меньшем количестве импульсов, чем при ЭГЛ. Усредненная удельная объемная энергия при НЭИЛ составляет 0,8 Дж/мм<sup>3</sup> а при ЭГЛ - 2,6 Дж/мм<sup>3</sup>. НЭИЛ нашла применение в урологии для разрушения мочевых камней. Сведения об использовании НЭИЛ в лечении холангиолитиаза в доступных нам источниках отсутствуют. Материалы и методы. В исследовании представлены 66 пациента с камнями в желчных протоках, которые проходили лечение в хирургической клинике СОКБ №1 г. Екатеринбурга с 2013 по 2016 годы. Всем пациентам ранее были выполнены холецистэктомия и дренирование желчных протоков. Возраст пациентов составлял от 30 до 89 лет, 46 женщин и 20 мужчин. Для проведения чресфистульной фиброхолангиоскопии (ФХС) мы использовали фиброскоп CHF T20 фирмы «Olympus», с внешним диаметром 6 мм и инструментальным каналом 2,6 мм и эндоскопические инструменты производства фирм «Endo-Flex» и «Boston Scientific». Подвижные конкременты и их обломки после литотрипсии диаметром менее 6 мм извлекали при помощи металлических корзинок. Крупные и/или неподвижные камни подвергали НЭИЛ. Мы использовали наноэлектроимпульсный литотриптор «Уролит» с зондами диаметром 1,2 мм, производства фирмы «Медлайн» (Томск). Зонд для НЭИЛ проводили через инструментальный канал холедохоскопа, дробление осуществляли под визуальным контролем. Мощность составляла 0,6-1 Дж (4-8 делений на шкале прибора). Дробление начинали с 0,6 Дж, повышая мощность при недостаточном эффекте с шагом 0,1 Дж (1 деление). Количество импульсов на 1 операцию колебалось от 5 до 25. Применяли режим единичных импульсов. Если не удавалось извлечь и/или раздробить конкременты только чресфистульным доступом мы выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). При неэффективности эндобилиарной санации или утере свища пациентам выполняли лапароскопию или лапаротомию из минидоступа с повторным дренированием желчных протоков. Результаты и обсуждение. Размер конкрементов составил от 5 до 28 мм. 48 пациентам дробление проведено в 1 этап, 14 - в 2 этапа и 4 - в 3 и более этапов. В 4 случаях после литотрипсии произошла миграция и вклинение обломков конкрементов в ампулу большого дуоденального сосочка. Этим пациентам

была выполнена ЭПСТ с низведением камней в кишку. Еще в 2 случаях ЭПСТ потребовалась, чтобы переместить конкремент терминального отдела холедоха проксимально для сопоставления с зондом литотриптора. 3 ЭПСТ выполнены по поводу папиллостеноза. Осложнений ЭПСТ не отмечено. Неудачи и осложнения. В 2 случаях не удалось сопоставить зонд литотриптора с конкрементом, расположенным во внутривенечных протоках. В одном случае произошло осложнение - потеря свища. Пациенту выполнена ЭПСТ для восстановления оттока желчи. Всем 3 пациентам выполнены полостные операции. У 63 пациентов (95,5%) литотрипсия оказалась успешной. Техническая эффективность литотрипсии (в тех случаях, когда удалось составить зонд литотриптора с конкрементом) составила 100%. Выводы. Чресфистульная НЭИЛ под контролем фиброхолангиоскопии - новый высокоэффективный и безопасный метод дробления желчных камней.

### **217. Опыт использования лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците у беременных женщин.**

*Захаров Д.В., Уханов А.П., Жилин С.А.,  
Большаков С.В., Леонов А.И., Амбарцумян В.М.*

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Актуальность проблемы: Острый аппендицит у беременных женщин, особенно при больших сроках, является достаточно серьезным вызовом для хирурга. Сложность заключается не только в правильном установлении диагноза острого аппендицита у беременных женщин, но и в выборе оптимального способа удаления червеобразного отростка при больших сроках маточной беременности. Использование лапароскопического доступа, обеспечивает прецизионную визуальную диагностику и оценку окружающих органов и тканей, дает возможность полноценной ревизии брюшной полости и выполнения малотравматичной операции удаления аппендикса. В литературе имеется сообщения об успешном выполнении лапароскопической аппендэктомии у беременных, при этом отмечается, что использование

эндовидеохирургической технологии сопровождается незначительным числом интраоперационных и послеоперационных осложнений во всех триместрах беременности. Вместе с тем существует точка зрения, что лапароскопическая аппендэктомия при беременности сопровождается более частым ее прерыванием и потерей плода, чем открытая аппендэктомия. Одной из причин, вызывающих негативные последствия считают воздействие карбоксиперитонеума, который является необходимым условием выполнения эндовидеохирургической операции но, оказывает отрицательное влияние на беременную женщину и плод. Неоднозначность мнений относительно возможностей использования лапароскопической аппендэктомии у беременных, технические ограничения лапароскопической технологии особенно при больших сроках беременности делают актуальным изучение этой проблемы. Цель исследования: разработка и обоснование применения эндовидеохирургической технологии в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных женщин. Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 29 беременных женщин, оперированных по поводу острого аппендицита с использованием лапароскопических технологий за период с 2013 по 2017 годы в Центральной городской клинической больнице Великого Новгорода. По срокам беременности 9 женщин были оперированы в первом триместре беременности, 15 - во втором и 5 - в третьем триместре беременности (максимальный срок 33/34 недели). У 6 женщин при диагностической лапароскопии острый аппендицит был исключен или выявлена другая нехирургическая патология, в одном случае диагностическая лапароскопия производилась во время беременности двойней. В 23 случаях выявлен острый аппендицит, при этом у всех пациенток имелись явления деструктивного процесса в червеобразном отростке (у 14 больных имелся флегмонозный у 9 гангренозный аппендицит). Введение троакаров и методика эндовидеохирургического удаления червеобразного отростка при 1 триместре беременности были как при стандартной лапароскопической аппендэктомии. Однако при больших сроках маточной беременности (2-3 семестр), начиная с 16 недели беременности 10 мм троакар для лапароскопа вводили строго под контролем глаза по методике Хассона над пупком, смещая его по белой линии вверх в зависимости от срока беременности. В правом подреберье устанавливали троакар для введения инструментов. После наложения пневмоперитонеума