

Протокол 851–го заседания Воронежского научно-практического общества хирургов от 24.09.08 г.

Председатель проф. П.И.Кошелев

Сопредседатель проф. А.А.Глухов

Референт А.П.Остроушко

Доклад

Проф. П.И.Кошелев (председатель Воронежского научно-практического общества хирургов, профессор кафедры общей хирургии ВГМА имени Н.Н.Бурденко)

Отчет о работе Воронежского научно-практического общества хирургов за 2007-2008 год

За отчетный период на заседаниях Воронежского областного научно-практического общества хирургов было заслушано 32 доклада по различным направлениям хирургии.

На заседаниях общества были заслушаны отчеты главного хирурга Главного Управления здравоохранения Воронежской области П.В.Трушина и главного хирурга Управления здравоохранения г. Воронежа В.Е. Хренова о результатах деятельности и перспективах развития хирургических служб города и области.

Наиболее активное участие в работе общества приняли кафедры общей хирургии, факультетской хирургии, детской хирургии, оперативной хирургии с топографической анатомией, онкологии. Ряд сообщений были представлены от МУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж 1 ОАО «РЖД», ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1», МУЗ «Городская клиническая больница № 2 им. К.В. Федяевского», МУЗ «Городская клиническая больница № 9» СМП, МУЗ «Городская клиническая больница № 10» /Электроника/, МУЗ «Поликлиника № 7» и др.

За отчетный период при непосредственном участии общества были проведены 3 научно-практические конференции Всероссийского и межрегионального уровней.

26 октября 2007 г. в рамках межрегиональной специализированной выставки «Здравоохранение» проведена I научно-практическая конференция «Основы стандартизации в хирургии». Организаторами конференции выступили Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронежский филиал Ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Воронежское научно-практическое общество хирургов, Главное Управление здравоохранения Воронежской области, Управление здравоохранения г. Воронежа, Региональная дирекция медицинского обеспечения на ЮВжд.

Проректор по научно-исследовательской работе, заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор А.М.Земсков в своем приветственном выступлении участникам конференции обратил внимание на актуальность проведения данного мероприятия, на необходимость более активного внедрения стандартизованных подходов в хирургию с учетом региональных особенностей. В своих приветственных выступлениях главный хирург Главного Управления здравоохранения Воронежской области П.В.Трушин и главный хирург Управления здравоохранения г. Воронежа В.Е.Хренов обратили внимание на актуальность и сложность стандартизации, необходимость коллективного, этапного решения поставленных задач. С программными докладами на конференции выступили заведующий кафедрой общей хирургии, профессор А.А.Глухов, д.м.н. А.А.Андреев, заместитель главного врача ГУЗ «ВОКБ №1» д.м.н. Л.Г.Жарикова, заведующая отделением клинической фармакологии ГУЗ «ВОКБ №1», к.м.н. О.И.Денисова, генеральный директор медицинской страховой компании «ИНКО-МЕД» Д.В.Кирсанов и др.

7–8 февраля 2008 г. Воронежское научно-практическое общество приняло участие в проведении Всероссийской научно-практической конференции «Экстренная медицинская помощь – прошлое, настоящее, будущее», посвященной 90-летию Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко и 100-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки, доктора медицинских наук, профессора В.П.Радужкевича. С приветственным

словом к участникам конференции обратились: ректор Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, заслуженный работник Высшей школы, профессор И.Э.Есауленко, заместитель губернатора Воронежской области Ю.А.Савинков; руководитель Главного управления здравоохранения администрации Воронежской области, д.м.н. Е.В.Мезенцев. С докладом о жизни и деятельности заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора В.П.Радужкевича и его вкладе в развитие хирургии и анестезиологии-реаниматологии выступили профессор П.И.Кошелев и Н.В. Шаповалова. С пленарными докладами выступили член-корреспондент РАМН, профессор В.В.Мороз /Москва/, профессор А.Г.Мирошниченко /Санкт-Петербург/, профессор В.Л.Радужкевич, главный хирург Главного Управления здравоохранения Воронежской области П.В.Трушин, Координатор Ассоциации трансплантологов Северо-Западного округа А.И.Резник /Санкт-Петербург/, профессора В.Ф.Куликовский и И.П.Парфенов /Белгород/, профессор Ю.А.Пархисенко и соавт. /Воронеж/; профессор П.И.Кошелев, профессор А.А.Глухов и соавт., профессор С.Н.Гисак. Материалы конференции были опубликованы на страницах журнала «Теоретическая и практическая медицина».

21 марта 2008 г. состоялась II научно-практическая конференция «Основы стандартизации в хирургии. Малоинвазивные и видеоэндохирургические технологии в лечении хирургической инфекции». Организаторами конференции выступили Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронежский филиал Ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Воронежское научно-практическое общество хирургов, Главное Управление здравоохранения Воронежской области, Региональная дирекция медицинского обеспечения ЮВжд, Управление здравоохранения г. Воронежа, Региональное отделение, Институт хирургической инфекции ВГМА им. Н.Н.Бурденко. Свои доклады представили главный хирург Главного Управления здравоохранения Воронежской области П.В.Трушин и главный хирург Управления здравоохранения г. Воронежа В.Е.Хренов, главный врач ГУЗ «ВОКБ №1» профессор В.Н.Эктов, главный врач МУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж 1 ОАО «РЖД» профессор В.В.Новомлинский, заместитель главного врача ГУЗ «ВОКБ №1» к.м.н. И.П.Мошуров, к.м.н. А.Н.Соколов, Е.С.Чвикалов, профессор П.И.Кошелев, профессор Д.В.Морозов, к.м.н. В.Б.Емельянов, О.Е.Минаков и др.

В заключение были намечены перспективы дальнейшего развития общества хирургов, отмечена необходимость расширения тематики заседаний, более активное привлечение к работе общества хирургов районов области.

Прения

В обсуждении отчетного доклада приняли участие: проф. А.А.Глухов, проф. Е.Н.Любых, д.м.н. А.А.Андреев, П.В.Трушин. Работа общества признана удовлетворительной. В качестве пожеланий высказано предложение по проведению заседаний общества с применением современных телекоммуникационных технологий.

Доклад

Проф. А.А.Глухов, А.В.Горлунов (институт хирургической инфекции ВГМА им. Н.Н.Бурденко, МУЗ «ГКБСМП №10 «Электроника»)

Видеолапароскопия в лечении острого аппендицита

Внедрение в комплексное лечение острого аппендицита современных методов диагностики, новых медицинских технологий позволило значительно улучшить результаты его лечения. Но и сегодня количество послеоперационных осложнений при данной патологии в среднем составляет 5–9%, с показателями летальности

0,2–0,8% у взрослых пациентов и 0,12% у детей, достигая в некоторых группах больных 4,3–37,3%. Несмотря на доказанную эффективность применения экстренных видеолaparоскопических операций при остром аппендиците единой точки зрения на показания и противопоказания, тактические и технические вопросы его проведения пока не разработаны.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных острым аппендицитом, путем оптимизации лечебно-диагностической тактики, основанной на применении видеоэндоскопических технологий.

Настоящая работа включает 2 блока клинических исследований. В первом блоке исследований изучали эффективность применения видеолaparоскопической диагностики у больных с подозрением на острый аппендицит. Анализированы результаты комплексной диагностики у 1212 пациентов, в возрасте от 16 до 89 лет, поступивших в стационар с клиникой острого аппендицита в сроки от 4 часов до 1,5 суток от начала заболевания. У всех больных в комплексе диагностических исследований был включен видеолaparоскопический осмотр брюшной полости. Во втором блоке исследований изучали эффективность применения разработанных способов видеоэндоскопической обработки культи червеобразного отростка и санации брюшной полости в комплексе лечения больных с острым аппендицитом. Анализированы результаты лечения 1087 больных с острым аппендицитом в возрасте от 16 до 83 лет. Мужчины составили 48%, женщины – 52 %. Все больные были распределены на три клинические группы. Контрольную группу составили 256 больных, оперативное лечение у которых заключалось в выполнении видеолaparоскопически ассистированной аппендэктомии. Санацию брюшной полости, по показаниям, осуществляли путем промывания 0,05% раствором гипохлорида натрия. В 1 основную группу был включен 371 пациент. Хирургическое лечение больных данной группы заключалось в выполнении видеолaparоскопической аппендэктомии по Goetz (наиболее распространенная в настоящее время методика лaparоскопической аппендэктомии /Goetz F., et al., 1991/). 2 основную группу составили 460 больных, оперативное лечение которых осуществляли с помощью разработанного оригинального метода видеолaparоскопической аппендэктомии.

Как показали результаты первого блока исследований, применение видеолaparоскопических технологий позволило достоверно повысить эффективность диагностики и избежать неоправданных оперативных вмешательств. Так, у 21,29% обследованных больных основной патологический очаг локализовался вне червеобразного отростка и не требовал выполнения аппендэктомии.

При лечении больных острым аппендицитом с применением видеолaparоскопических технологий получены следующие результаты. При проведении бактериологических исследований было отмечено, что изначальная микробная обсемененность брюшной полости у больных как контрольной, так и основных групп составляла 10^8 - 10^9 микробных тел/мл. После устранения источника инфекции и проведения санации брюшной полости уровень микробной обсемененности в первой и второй основных группах составил в среднем 10^2 - 10^3 микробных тел/мл, что достоверно ниже аналогичного показателя в контрольной группе, где уровень микробной обсемененности находился в пределах 10^4 - 10^5 микробных тел/мл ($p \leq 0,05$).

При анализе характера послеоперационных осложнений были получены следующие данные. Кровотечение из брыжейки червеобразного отростка наблюдалось у 2 пациентов контрольной группы (0,78%), что потребовало повторных «открытых» оперативных вмешательств. Случаев развития сером послеоперационной раны было достоверно больше в контрольной группе (3,52%), в сравнении с 1 основной (0,54%) и 2 основной (0,22%) группами ($p \leq 0,05$). Нагноение послеоперационной раны также достоверно чаще наблюдалось в контрольной группе (2,73%), в сравнении с основными (соответственно 0,81% и 0,22%) $p \leq 0,05$. Инфильтраты брюшной полости достоверно чаще развивались в 1 основной группе больных (7,0%), в сравнении с контрольной (0,78%) $p \leq 0,05$. Абсцессы брюшной полости чаще развивались в 1 основной группе (1,35% - в 1 основной, 0,78% - в контрольной). Ранняя спаечная кишечная непроходимость развивалась у 2 пациентов контрольной группы (0,78%) и была ликвидирована с помощью повторных видеолaparоскопических вмешательств. У

одного больного контрольной группы (0,39%) и одного – 1 основной (0,27%), развилась несостоятельность культи червеобразного отростка. У одного пациента контрольной группы образовалась послеоперационная вентральная грыжа (0,39%) и у 1 – лигатурные свищи (0,39%). Отдаленные результаты оперативного вмешательства изучены в сроки от 6 месяцев до 4 лет. Было отмечено, что больные основных групп достоверно реже предъявляли жалобы на боли в области раны и нарушения работы кишечника в сравнении с больными контрольной группы.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что проведенные исследования одним из высокоэффективных способов улучшения качества диагностики у больных, поступающих в стационар с подозрением на острый аппендицит, является проведение осмотра брюшной полости с использованием видеолaparоскопической техники; применение разработанного метода видеолaparоскопической аппендэктомии и санации брюшной полости позволяет улучшить результаты лечения больных путем достоверного снижения числа послеоперационных осложнений.

Доклад

Проф. П.И.Кошелев, к.м.н. Г.Н.Карпухин, к.м.н. Б.В.Емельянов (кафедра общей хирургии ВГМА им. Н.Н.Бурденко, МУЗ «ГКБ №2 им. К.В.Федяевского»)

Видеоэндоскопия в лечении прободных язв желудка и ДПК

Одним из самых опасных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является перфорация. Она развивается в 4 - 10 % всех случаев гастродуоденальных язв. Несмотря на высокий уровень развития современной медицины, летальность при данной патологии остается очень высокой. По данным различных авторов от 5 % до 30 %.

Под нашим наблюдением находились больные в возрасте от 15 до 76 лет. Больные с перфорационной язвой желудка составили 30 % (52 человека), а больных с перфорацией двенадцатиперстной кишки было 70 % (134 человека). Мужчин среди пролеченных пациентов было 157 человек (84,4 %), женщин - 29 пациенток (15,6 %).

Все пациенты были разделены на две большие группы:

1 группа (основная) состояла из 86 больных, которым было произведено ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с применением видеолaparоскопической техники.

Во II (контрольная) группу вошло 100 пациентов, которым было произведено ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки традиционным лaparотомным способом.

Из пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, 71 % не имели язвенного анамнеза, больные с язвенным анамнезом до 3-х лет составили 7 % и у 22 % больных имелся язвенный анамнез более 3-х лет.

Средняя продолжительность всех видеолaparоскопических операций у больных с данной патологией составила 59 минут. Средняя продолжительность операций производимых через лaparотомный доступ у больных с перфорацией составила 62 минуты. Обезболивание наркотическими анальгетиками у больных после видеолaparоскопической операции производится в среднем 1 раз, а обезболивание больных после лaparотомной операции - 4 раза. Более тщательная санация брюшной полости при видеолaparоскопическом ушивании перфоративных язв позволяет удалить дренажи у пациентов на 2-3 день после операции. После ушивания перфорации традиционным способом отделяемое по дренажам из брюшной полости за первые сутки колеблется от 50 до 200 мл, а удаляются эти дренажи обычно на 3 - 4 день после операции.

Мы отменяли постельный режим у больных после видеолaparоскопического ушивания перфоративных язв желудка или двенадцатиперстной кишки в течение первых суток, а у больных после лaparотомной операции - на 3 - 4 сутки.

У двоих больных после видеолaparоскопической операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки образовались абсцессы в брюшной полости - в салниковой сумке и в правом поддиафрагмальном пространстве. Всем им была произведена санационная релaparоскопия.

В контрольной группе мы наблюдали следующие осложнения

раннего послеоперационного периода: 1 случай стеноза выхода из желудка, 1 случай несостоятельности герметизирующих швов, 2 случая эвентерации, 3 случая нагноения послеоперационной раны и 5 случаев гнойных осложнений в брюшной полости. Все эти случаи потребовали повторных операций.

Нам удалось опросить и обследовать 80% пациентов перенесших операцию по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, как в основной, так и в контрольной группе. После ушивания перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки видеолaparоскопическим способом при ЭГДС-контроле наличие рецидива язвенной болезни (язвы) обнаружено у 18,2%, причем наличие выраженных рубцовых изменений пилородуоденальной зоны обнаружено только у 2,8 % (интересно отметить, что у 18 человек при проведении контрольной ЭГДС не удалось обнаружить даже рубцов на стенке желудка или двенадцатиперстной кишки после прошедшей операции). Больные, перенесшие видеолaparоскопическое ушивание перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки, приступали к труду через 1-4 недели со дня операции в зависимости от тяжести и условий своей работы. При проведении контрольной ЭГДС через 0,5 - 2,5 года среди пациентов контрольной группы было обнаружено, что у 72 % имеется рецидив язвенной болезни (открытая язва) и у 89 % обследованных имеется выраженная рубцовая деформация пилородуоденальной зоны. Более 80 % опрошенных пациентов предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в эпигастрии. К больные, перенесшие ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки традиционным способом, смогли приступить к труду через 1-4 месяца со дня операции в зависимости от тяжести и условий своей работы.

Таким образом, наиболее эффективным методом лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки является видеолaparоскопический способ. Эта операция технически несложна, малотравматична, дает хорошие непосредственные и отдаленные

результаты. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки противопоказано больным с тяжелыми хроническими сердечно-легочными заболеваниями, перфорации малигнизированных язв, прободении задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при сочетании прободения язвы с язвенным кровотечением.

Прения

В обсуждении тематических докладов приняли участие: *проф. Е.Н.Любых, проф. А.Н.Редькин, д.м.н. А.А.Андреев, доц. С.Н.Боев, к.м.н. И.П.Мошуров*. Дискутабельным явился вопрос: стоит ли удалять червеобразный отросток в случае его катарального воспаления? Большинство выступающих высказало мнение о том, что данный вопрос следует решать индивидуально в каждой конкретной клинической ситуации. В большинстве случаев целесообразным является все-таки удаление аппендикса, так как нет гарантии того, что воспалительный процесс не перейдет в деструктивную стадию. Что касается методики выполнения аппендэктомии с использованием видеолaparоскопических технологий, что достаточно трудно однозначно отдать предпочтения только полностью видеолaparоскопической или только видеолaparоскопически ассистированной аппендэктомии. Это определяется и опытом врачебного персонала той или иной больницы, уровнем оснащенности и т.д.

При лечении больных с перфоративной язвой в настоящее время не вызывает сомнений целесообразность применения видеолaparоскопического ушивания дефектов стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Важно только учитывать технические возможности выполнения указанного вида оперативного вмешательства и не расширять показания к его применению в случаях заведомо сложного закрытия перфорационного отверстия, или своевременно переходить на «открытую» операцию.