

**ИТОГИ V МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ»
(Г. ТОМСК, 18 НОЯБРЯ 2016 Г.)**

A.P. Koshel

**RESULTS OF THE V INTERREGIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
“TOPICAL ISSUES OF ABDOMINAL SURGERY”
(TOMSK, NOVEMBER 18, 2016)**

*ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, г. Томск*

Начиная с 2012 г. «НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ», а с 2014 г. ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова» проводит ставшую уже традиционной научно-практическую конференцию, посвященную актуальным вопросам абдоминальной хирургии и онкогастроэнтерологии. С каждым годом география конференции расширяется. Поделиться опытом приезжают коллеги не только из Сибирского федерального округа, но и наши друзья из Института хирургии им. А.В. Вишневского (г. Москва), Бурятского государственного университета и Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ ОАО РЖД (г. Улан-Удэ), а также Больницы скорой медицинской помощи г. Петрозаводск). Как и в предыдущие годы, на видеосвязи с нами была профессор Н.Б. Губергриц из г. Киева.

Следует отметить, что с каждым годом растет не только количество участников, но и уровень докладов, что было отмечено практически всеми участниками конференции.



На видеосвязи профессор Н.Б. Губергриц



Профессора Д.В. Ручкин и В.В. Анищенко в президиуме научно-практической конференции, посвященную актуальным вопросам абдоминальной хирургии и онкогастроэнтерологии



Регистрация участников конференции



Участники конференции на пленарном заседании



Член-корреспондент РАН Г.Ц. Дамбаев поздравляет профессора С.Г. Штофина с 70-летием

Абдоминальная хирургия – одно из перспективных и быстро развивающихся в последнее время направлений современной медицины. Значительные успехи в этой области достигнуты благодаря новой технике выполнения доступа к органам брюшной полости (первый этап оперативного вмешательства). Новые технологии позволяют хирургу выполнять большие по объему вмешательства с минимальной травмой, наносимой пациенту. Сегодня малоинвазивные технологии становятся «рутинными» не только для крупных многопрофильных стационаров, но и в районных больницах выполнение лапароско-

пической холецистэктомии давно перестало быть «событием века».

Говоря о современном развитии лапароскопических технологий, нельзя не вспомнить, что появление лапароскопии связано с именем русского врача, акушера-гинеколога из Санкт-Петербурга Дмитрия Оскаровича Отта, который 19 апреля 1901 г. на заседании Петербургского акушерско-гинекологического общества сделал доклад «Освещение брюшной полости (вентроскопия) как метод при влагалищном чревосечении». И хотя для освещения и осмотра органов брюшной полости он использовал систему зеркал, которая никак не напоминала современный лапароскоп, а данный метод лапароскопии кроме него никто не применял – доступ кольпотомии сегодня вновь стали широко применять в качестве одного из вариантов транслюминального доступа к органам брюшной полости. Только спустя 5 мес после сообщения Д.О. Отта (23 сентября 1901 г.), выступая на 73-м съезде натуралистов и врачей в Гамбурге, Georg Kelling продемонстрировал методику лапароскопии на собаке. В качестве эндоскопа он использовал цистоскоп, который вводил в брюшную полость через минилапаротомный доступ в параумбиликальной области. Свою методику автор назвал «целиоскопией». Это была первая лапароскопия транскутанным доступом.

Знаковыми моментами в развитии лапароскопической хирургии стали предложение Kurt Semm использовать инсуфлятор, позволяющий поддерживать постоянное давление в брюшной полости (1975) и изобретение в Японии миниатюрной видеокамеры (1986), которая дает возможность видеть операционное поле не толь-

ко хирургу, но и всей бригаде. Все это вкупе с разработкой новых инструментов и методик, позволило эндохирургии всего за несколько лет сделать гигантский шаг вперед, сравнимый со столетием, и привело к появлению нового направления в хирургии – эндовидеохирургии.

Сегодня операции с использованием лапароскопических доступов выполняются в абдоминальной хирургии, онкологии, гинекологии. Объемы оперативных вмешательств – от аппендэктомии до панкреатодуоденальной резекции и пластики пищевода.

Одной из современных методик малоинвазивной хирургии является единый лапароскопический доступ. В зарубежной и отечественной литературе можно встретить множество различных аббревиатур, обозначающих это направление: E-NOTES (Embryonic Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), NOTUS (Natural Orifice Trans Umbilical Surgery), TUES (Trans Umbilical Endoscopic Surgery), TULA (Trans Umbilical Laparoscopic Assisted), SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery), SPA (Single Port Access), OPUS (One Port Umbilical Surgery), LESS (Laparoscopic & Endoscopic Single Site Surgery). Наиболее часто встречающиеся варианты – TUES (Transumbilical Endoscopic Surgery) и SLA (Single Laparoscopic Access), при которых видеоскоп вводится в брюшную полость через пупочное кольцо или единый лапароскопический доступ в любой точке передней брюшной стенки. Применение на практике новых технологических разработок позволяет выполнить все этапы хирургического вмешательства (доступ, непосредственно работа на органах, удаление макропрепарата и ликвидация доступа) через один небольшой разрез (2–2,5 см), расположенный в области пупочного кольца или в любом другом отделе передней брюшной стенки, в зависимости от объема и зоны оперативного вмешательства.

Такие операции не только дают хороший косметический эффект, но и значительно снижают вероятность возникновения осложнений и сроки послеоперационной реабилитации.

Своим опытом выполнения лапароскопических операций на органах брюшной полости поделились профессор С.Г. Штофин и В.В. Анищенко из Новосибирска, а также команда из Новокузнецка во главе с проф. А.И. Барановым.

«Fast-track surgery», или «Enhanced recovery after surgery» (ERAS) – ускоренное восстановление после операций (англ.) – концепция, предусматривающая комплекс мер в пери- и послеоперационном периоде, направленных на уменьшение сроков госпитализации и реабилитации после плановых хирургических вмешательств. Каждая из этих мер в отдельности ока-

зывает положительное воздействие на процесс восстановления, а концепция ERAS подразумевает их комплексное использование в хирургии.

Следует заметить, что отдельные моменты ERAS-технологий были внедрены в нашей клинике Георгием Кирилловичем Жерловым еще в конце 80-х начале 90-х годов прошлого столетия. Ранняя активизация пациентов, раннее энтеральное питание, применение современной анестезии, прецизионная техника оперирования, формирование арелюксных анастомозов желудочно-кишечного тракта, антибиотико-профилактика до операции и в ранние сроки после нее позволили сократить послеоперационный койко-день в 1,5–2 раза. А также уменьшить количество осложнений раннего послеоперационного периода, в первую очередь за счет общехирургических (легочных, тромбоэмболических и т.д.) Результаты применения Fast-track-хирургии в Медицинском центре им. Г.К. Жерлова были представлены анестезиологом Д.А. Степиным.

Сегодня Fast-track-хирургия активно внедряется во многих хирургических стационарах, усовершенствуется и завоевывает популярность у хирургов разных специальностей.

В отдельной части пленарного заседания конференции выступила команда из Института хирургии им. А.В. Вишневского во главе с проф. Д.В. Ручкиным, которая представила свои наработки в Fast-track-хирургии и хирургии рака желудка.

Протокол рационально улучшенной периоперационной реабилитации (РУПОР), предложенный проф. Д.В. Ручкиным с коллегами, предполагает *до операции*: совместный осмотр больного всеми специалистами команды, исключение длительного голодания, нутритивную поддержку, побудительную спирометрию, жидкостную и углеводную нагрузку; *во время операции*: предотвращение солевой и водной перегрузки, разумное использование вазопрессоров, протективную легочную вентиляцию, высокую грудную эпидуральную анальгезию, обеспечение нормотермии; *после операции*: немедленную или раннюю экстубацию, предотвращение солевой и водной перегрузки, ежедневный контроль массы тела, мультимодальную анальгезию, аудит соответствия протоколу и результатов его применения. Результатом внедрения данной технологии в отделение пищевода хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского стало сокращение срока пребывания пациентов после эзофагэктомии до 8,5 (9,5; 10,5) сут. Более того, реализация протокола РУПОР, позволила снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность после такого тяжелого вмешательства, как эзофагэктомия.

Профессор Н.Б. Губергриц (Украина), как всегда в увлекательной форме, продемонстрировал новые подходы в диагностике и лечении хронического обструктивного панкреатита.

Новый взгляд на индивидуальные варианты анатомического строения и особенности моторики толстой кишки изложил профессор В.А. Полуэктов (г. Омск). Целью его исследования было выявление индивидуальных вариантов анатомического строения и особенностей моторики толстой кишки с учетом пола, возраста, конституционального типа для усовершенствования техники проведения колоноскопии. Для достижения поставленной цели было проведено исследование у 1000 пациентов обоего пола в возрасте от 17 до 74 лет.

В соответствии с индивидуально-типологическими формами и винтообразным строением толстой кишки автором разработаны специальные приемы для оптимального проведения колоноскопии.

К сожалению, представить анализ всех сообщений из-за ограниченности печатной площади не возможно, но было интересно всем!

Приглашаем всех принять участие в следующей VI межрегиональной конференции, которая состоится в ноябре 2017 г.

В заключении хочется пожелать нам всем здоровья, мирного неба, спокойной работы и возможности воплощать в жизнь все наиболее интересные методики и методы лечения во благо наших пациентов.

Поступила в редакцию 12.01.2017

Утверждена к печати 14.02.2017

Автор:

Кошель Андрей Петрович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии с курсом мобилизационной подготовки и медицины катастроф ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).