

связки Трейтца аналогично обрабатывается нижняя брыжеечная вена у нижнего края поджелудочной железы. По окончании мобилизации выполняется минилапаротомия, выведение ободочной кишки в рану через специальный порт и экстракорпоральное формирование анастомоза аппаратным швом. Послеоперационный период протекал благоприятно, послеоперационных осложнений, потребовавших выполнения лапаротомии, не отмечено.

Вывод. Первые клинические результаты нашего исследования подтверждают выполнимость и безопасность лапароскопических резекций ободочной кишки у онкопроктологических пациентов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ДИСЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD)

Маскалик Ж. Г., Ивашко М. Г., Журонова А. М., Шамаль М. В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Республиканский центр реконструктивной хирургической
гастроэнтерологии и колопроктологии
УЗ «Минская областная клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Большинство поверхностных эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта удаляются методами петлевой эксцизии и эндоскопической резекции (EMR). Недостаток указанных методик – ограничение резецируемой единым блоком опухоли по площади (диаметр образования не более 2 см.). В 2001 г. в Японии разработан метод эндоскопической диссекции в подслизистом слое (endoscopic submucosal dissection – ESD), позволяющий значительно расширить объем резецируемой ткани.

Цель: оценить эффективность метода эндоскопической диссекции в подслизистом слое при удалении эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. В период с 2016 по 2017 гг. в Республиканском центре хирургической реконструктивной гастроэнтерологии и колопроктологии на базе Минской областной клинической больницы выполнили 7 операций методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) пациентам с поверхностными эпителиальными опухолями прямой кишки. Показаниями к применению методики были подозрение на злокачественный характер образования (макроскопическая картина) или данные предварительной биопсии. Возраст пациентов – от 32 до 73 лет. Подготовку пациентов осуществляли по традиционной схеме препаратами «Д-Форжект», «Мовипреп», «Фортранс». Размер образований составлял от 27 до 56 мм. Использовали видеэндоскопические системы Pentax i10, Fujiinon 450. электрохирургические ножи Olympus Dual Knif, иглы - инжекторы Olympus Fors Max, эндоскопические клипсы Endo Stars E-Clip, электрокоагулятор Erbe VIO 200 s. С целью определения границ образования выполняли хромоскопию. Разметку границ резекции производили эндоскопическим ножом в режиме спрей-коагуляции, отступив от края опухоли 5 мм. Гидравлическую подушку создавали путем введения в подслизистый слой препарата «Гелофузин» с добавлением индигокармина. Производили окаймляющий разрез по размеченным границам опухоли. При помощи эндоскопического колпачка поднимали слизистую оболочку, визуализировали подслизистый слой и поэтапно производили диссекцию опухоли в подслизистом слое. Гемостаз осуществляли электрокоагуляцией и наложением эндоскопических клипс.

Результаты и обсуждение. Всем 7 пациентам эпителиальные опухоли прямой кишки удалили единым блоком в пределах здоровых тканей. Длительность операционного вмешательства варьировала от 55 до 130 минут. Признаков интраоперационной и послеоперационной перфорации стенок прямой кишки не выявили. Массивного кровотечения во время выполнения диссекции не наблюдали. Отметили один эпизод кровотечения незначительной интенсивности из ложа удаленной опухоли прямой кишки в первые сутки после операции. Выполнили ревизию и дополнительный эндоскопический

гемостаз. При морфологическом исследовании препаратов все удаленные опухоли имели доброкачественный характер (папиллярная и тубулярная аденомы с дисплазией LOW и High). Летальных исходов не было. При контрольном обследовании через 6-12 месяцев рецидивов заболевания не выявили.

Выводы. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) позволила эффективно и безопасно единым блоком резецировать поверхностные эпителиальные опухоли прямой кишки. Выполненная по строгим показаниям, на высоком техническом уровне, ESD является альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Махмудов А. М.¹, Воробей А.В.¹, Лагодич Н. А.¹,
Новаковская С. А.², Бондарь А. С.³, Грико С. М.³,
Сенкевич О. И.³

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования

²Институт физиологии НАН Беларуси

³Минская областная клиническая больница,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Болезнь Гиршпрунга (БГ) у взрослых представляет собой особую нозологию в группе пациентов с хроническими нарастающими запорами. Выраженность клинической картины зависит от степени нарушений иннервации в дистальных отделах толстой кишки и от эффективности консервативной терапии.

Цель: оценить эффективность хирургического лечения БГ.

Материал и методы. На базе кафедры хирургии БелМАПО в Минской ОКБ оперированы за период с 1974 по 2018 г. 85 взрослых пациентов с БГ. В зависимости от вида операции пациенты были разделены на 3 группы сравнения. В первую группу были включены 34 пациента (1973-2001гг.). В этой группе выполняли одноэтапные колоректальные или колоанальные анастомозы – операции типа Свенсона, Стейта, Соаве. Во второй