

выполнять ЛапПДР при раке большого дуоденального сосочка. Однако ведущие эксперты указывают, что на сегодняшний день ни опухолевая инвазия портальной вены, ни ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, ни, тем более, соседних органов не является противопоказанием к выполнению лапароскопической операции.

Освоение техники ЛапПДР требует адаптации этой операции к возможностям и особенностям конкретной клиники, финансовым возможностям пациента, поэтому внедрение ЛапПДР должно сопровождаться не только достаточным тренингом операционной бригады, но и решением проблемы удешевления операции, при этом сохраняя качественные параметры на должном уровне.

**Цель исследования.** Оценить техническую выполнимость ЛапПДР и определить пути решения проблемы внедрения этой операции.

**Материалы и методы.** В 2014-2016 гг в клинике факультетской хирургии ЗГМУ выполнены 2 лапароскопические пилоросохраняющие панкреатодуоденальные резекции. Обе операции выполнены женщинам 54 и 57 лет при раке головки поджелудочного желез Т3N1M0. Все пациентки обследованы согласно современных стандартов, включая КТ, ФГДС, УЗИ, патогистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение.** ЛапПДР состоит из двух этапов. Первый этап – это мобилизация и удаление панкреатодуоденального комплекса, второй, – восстановительный: формирование гастроэнтеро-, билиоэнтеро- и панкреатоэнтероанастомозов. В клинике внедрен метод полностью лапароскопического выполнения первого этапа ЛапПДР при помощи ультразвукового скальпеля “Harmonic” с последующим выполнением второго этапа из поперечного минилапаротомного доступа, через который удалялся и макропрепарат. Модифицированный метод ЛапПДР позволяет максимально удешевить операцию, делая ее сравнимой с традиционной ПДР, в том числе по продолжительности операции. Летальных исходов не было. Среди осложнений необходимо отметить характерный для пилоросохраняющей модификации ПДР гастропарез.

**Выводы.** 1. Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция технически выполнима в условиях реалий современной медицины. 2. Внедренный в клинике факультетской хирургии ЗГМУ метод ЛапПДР позволяет приблизить данную перспективную и современную методику к потенциальному пациенту.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Николаев М.В.

Научный руководитель: проф. Клименко В.Н., д.мед.н. Клименко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

**Актуальность:** Рак желудка (РЖ) относится к наиболее распространенным опухолевым заболеваниям и занимает 3-е место в структуре онкозаболеваемости в Украине. Современное лечение РЖ – это комбинированная программа, в которой хирургическое вмешательство является обязательной и неотъемлемой частью. Лапароскопическая гастрэктомия (ЛапГЭ) в тотальном или субтотальном вариантах во многих клиниках мира и в Украине вытесняет операции через лапаротомный доступ. Однако остаются спорными и до конца не разработанными некоторые аспекты ЛапГЭ, связанные с техническими особенностями формирования анастомозов, выбором метода ЛапГЭ, показаниями и противопоказаниями к этой операции.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность лапароскопической гастрэктомии при раке желудка и определить преимущества ЛапГЭ перед открытыми вмешательствами.

**Материалы и методы:** С 2013 по 2016 гг. в клинике факультетской хирургии ЗГМУ радикальные операции при РЖ выполнены у 34 больных. Средний возраст составил  $64 \pm 13,2$  г. Мужчин было 22 (64,7%), женщин – 12 (35,3%). Лапароскопическая гастрэктомия была выполнена 7 (20,5%) пациентам из них в тотальном варианте – 2 (5,8%), субтотальном – 5 (14,7%). Лапаротомная гастрэктомия (ЛтГЭ) – 27 (79,5%) больным, из них в тотальном варианте – 19 (55,9%) и в субтотальном – 8 (23,6%). У 31 (91,2%) пациента на момент операции определена T4N2M0 стадия онкопроцесса, у 3 (8,8%) – T3N1M0. Сопутствующая патология выявлена у 11 (32,3%) больных. Все пациенты обследованы согласно современных стандартов, включая ФГДС, КТ, УЗИ, до и послеоперационное патогистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение:** ЛапГЭ сохраняет все основные преимущества ЛтГЭ, а именно полное удаление опухоли согласно онкологических стандартов, лимфодиссекция в объеме D2 с удалением всех видимых по КТ пораженных лимфоузлов и большого сальника, наложение классического ручного анастомоза. Однако ЛапГЭ имеет значимые преимущества в виде

минимизации операционной травмы, отсутствия манипулирования опухолю, минимальной кровопотери и риска повреждения смежных органов, которые определяются улучшенной визуализацией и увеличением при лапароскопическом вмешательстве. Необходимо отметить, что у больных группы ЛапГЭ не было значимых интраоперационных и послеоперационных осложнений, таких как кровотечение и несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки. Один летальный исход от несостоятельности эзофагоюноанастомоза у изначально тяжелой пациентки 92 лет после ЛапГЭ заставил усовершенствовать оперативное вмешательство и разработать методику интракорпорального наложения ручного анастомоза из микродоступа, через который удаляется макропрепарат. В дальнейшем подобных осложнений не наблюдалось. В отдаленном периоде (до 2 лет) ни у одного пациента группы ЛапГЭ не было стенозирования анастомоза, что является одной из частых проблем «степперных» анастомозов в этой позиции. Послеоперационное течение у пациентов после ЛапГЭ характеризовалось ранней самостоятельной активизацией, однодневным пребыванием в отделении интенсивной терапии, значительно меньшим по сравнению с ЛТГЭ болевым синдромом и отсутствием послеоперационной пневмонии и пареза кишечника.

**Выводы:** Лапароскопическая гастрэктомия при раке желудка характеризуется хорошим профилем эффективности и безопасности, позволяет выполнять требуемый радикальный объем вмешательства, что, в итоге, определяет благоприятное течение послеоперационного периода при сравнении с традиционной лапаротомной гастрэктомией.

## ПРОФИЛАКТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА.

Никулин И.М.

Научный руководитель: проф. Троян В.И., доц. Никулин М.И.

Городская клиническая больница №3

Кафедра оториноларингологии.

**Цель работы:** Исследовать частоту встречаемости сенсоневральной тугоухости СНТ сосудистого генеза по данным ЛОР клиники. Разработать основные направления профилактики этой патологии.

**Материалы и методы:** В ЛОР-клинике ЗГМУ за последние 3 года находилось на стационарном лечении 698 больных с СНТ (острая-407, хроническая-291), в возрасте от 20 до 60 лет - 416, старше 60 - 282 пациента. Сосудистый генез, при острой СНТ, выявлен у 264 больных, что составило 65% от общего количества пациентов.

Для оценки этиопатогенеза СНТ пациентам было проведено комплексное обследование: коагулограмма, липидограмма, консультации невролога, офтальмолога, доплерографическое исследование сосудов головного мозга и шеи. Также был проанализирован период госпитализации пациентов с СНТ сосудистого генеза.

**Результаты исследования:** На консультациях смежных специалистов у 75% больных выявлена гипертоническая болезнь на фоне атеросклероза сосудов головного мозга и шеи, нарушения липидного обмена, остеохондроз шейного отдела позвоночника. При проведении доплерографического исследования установлено: 72% больных имеют диффузный атеросклероз сосудов головного мозга, у 55% больных выявлен спастический кровоток, ангиоспазм и сужение сосудов вертебробазилярного бассейна. При анализе времени госпитализации больных нами отмечено, что она совпадала с периодами смены фаз лунного цикла, когда происходит изменение гравитационных, электромагнитных и метеофакторов, что влияет на состояние жидкостных структур организма и резко изменяет сосудистый тонус.

**Выводы:** Таким образом, по данным проведения комплексного обследования больных с острой СНТ сосудистого генеза возможно формирование группы «риска» среди больных данной патологии, что позволяет предупредить поражение слухового анализатора. Пациентам с заболеваниями сердечнососудистой системы, нарушениями мозгового кровообращения и липидного обмена в резонансные дни (дни смены фаз лунного цикла) целесообразно рекомендовать ограничение физических и психических нагрузок, правильный режим питания, сна и отдыха, а также консультации смежных специалистов для лечения сопутствующих заболеваний. Всё это позволяет предупреждать возникновение СНТ сосудистого происхождения.