

Как мы сообщали (см. «МГ» № 13 от 22.02.2012), в Институте хирургии им. А.В.Вишневого был отмечен рекорд посещаемости для ежегодного форума – 780 участников, что напрямую связано с активной работой портала Российского общества хирургов. В работе съезда было два лейтмотива: **внутрипросветная хирургия в сочетании с эндохирургией и обучение специалистов.**

### Три доступа на выбор

Накануне съезда под председательством президента РОХ академика РАН и РАМН **Виктора Савельева** состоялось важнейшее 1-е Всероссийское совещание председателей хирургических обществ и главных хирургов регионов Российской Федерации. Во время него были подняты самые острые темы, волнующие хирургическое сообщество (см. «МГ» №12 от 17.02.2012).

Второе событие, непосредственно предшествовавшее съезду и к нему приуроченное, – симпозиум с международным участием и прямой трансляцией из операционной «Рациональные подходы к выбору оптимального оперативного доступа в эндохирургии. Единный лапароскопический доступ. Минилапароскопия. Транслюминальная хирургия». Традиционно для участия в симпозиуме были приглашены ведущие российские и зарубежные специалисты. Причем все они внесли максимальный вклад в развитие каждой из рассматриваемых технологий. Компанию московским профессорам Юрию Старкову (Институт хирургии им. А.В.Вишневого), Игорю Хаткову (Московский государственный медико-стоматологический университет), Валерию Егиеву (Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России), главному детскому хирургу Департамента здравоохранения Москвы профессору Александру Разумовскому (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова), новосибирским профессором Андреем Шевеле и Владимиру Анищенко составили специалисты из Германии – профессор Вюрцбургского университета Катика Крайнович и руководитель хирургического отделения из Рюдерсдорфа Ян Бургхардт.

Первую операцию с прямой трансляцией в аудиторию – минилапароскопическую – провел **Юрий Старков**, вторую – единственным лапароскопическим доступом – **Катика Крайнович**, третью – трансвагинально – **Ян Бургхардт**. Во всех случаях проводилась холецистэктомия.

Операции традиционно чередовались с лекциями, после чего участники симпозиума собрались за «круглым столом». По вопросам рационального выбора доступа высказались профессор Олег Галимов (Уфа), Валерий Стрижелецкий (С.-Петербург), Кирилл Стегний (Владивосток), главный хирург Минздрава Самарской области кандидат медицинских наук Борис Цветков. Общий вывод – не идти «на поводу» у новых технологий, а каждому конкретному пациенту подбирать свой доступ. Например, если после первоначально выбранного единого лапароскопического доступа в ходе операции возникнет необходимость введения дополнительного троакара – не замыкаться в рамках одной технологии и воспользоваться необходимым инструментом на благо пациента. Комбинирование методик – в зависимости от анатомических особенностей и характера заболевания – позволит предотвратить опасность развития осложнений, приведет к хорошему клиническому результату.

– Наш институт регулярно проводит конференции с живой демонстрацией из операционных и участием международных экспертов, – сказал корреспонденту «МГ» директор Института хирургии им. А.В.Вишневого академик РАМН **Валерий Кубышкин**. – Такие ежегодные мероприятия, как «Новые технологии в эндоскопии», «Эндоскопия от органа к органу» и «Хирургия единого лапароскопического доступа», проходящие под эгидой проблемной комиссии «Эндоскопическая хирургия» при научном совете по хирургии РАМН и Минздрава России из года в год собирают все

методов исследования и лечения. Особенно интересно было узнать о разработках, внедрение которых только начинается. Так, продолжает совершенствоваться капсульная эндоскопия: созданы управляемые под действием магнитного поля капсулы не только для тонкой кишки, но и для исследования пищевода, желудка, толстой кишки. Информативность этого метода повышается, важное значение приобретает капсульная эндоскопия для диагностики кровотечений, опухолей, воспалительных очагов. Юрий Геннадьевич остановился на диагностических возможностях интестиноскопии и методах опе-

эндоскопической ультрасонографии при гастроинтестинальных стромальных опухолях. 18% того, что мы видим при поражениях поджелудочной железы, – не рак, это могут быть проявления заболеваний эндокринного или иммунного генеза. Поэтому необходимо самым тщательным образом проводить биопсию, предшествующую хирургическому вмешательству. Докладчица рассказала о преимуществах трансмурального дренирования, о технике наложения швов при закрытии крупных перфораций пищевода. В конце выступления она призвала направлять пациентов с тяжелыми поражениями, на-

Полной регрессии удалось добиться в 100% при размерах опухоли, не превышающих 1 см по плоскости. В случаях, когда размеры опухоли были от 1 до 1,5 см, полная резорбция была достигнута в 83%, при опухоли до 2,5 см – в 29%. Рецидивы диагностированы в 15%, медиана выживаемости – 5,05 года, 5-летняя выживаемость – 12%. Таким образом, расширение возможностей эндоскопической диагностики ранних форм рака бронхов стимулирует развитие нового направления в эндоскопическом лечении – радикальной или условно-радикальной внутрипросветной хирургии с удалени-

### Деловые встречи

# Нет предела совершенству

## Что продемонстрировал XV съезд эндохирургов России



большую аудиторию слушателей различных направлений: хирургов, эндоскопистов, специалистов ультразвуковой диагностики и студентов медицинских вузов. Во время этих собраний происходит обмен опытом, освоение самых современных медицинских технологий, а приглашение ведущих мировых экспертов, современный формат этих мероприятий в виде трансляций вмешательств из операционной в режиме реального времени многократно увеличивает их пользу. Непосредственная дискуссия в ходе диагностического или лечебного процесса с обсуждением нюансов оперативной техники позволяет максимально быстро внедрять новые технологии в жизнь. Такой подход организации учебного процесса всеми в мире признан в качестве самого эффективного. Увеличение числа участников от года к году укрепляет наше мнение о востребованности подобного обучения и придания ему особого статуса российской школы эндоскопии и эндохирургии.

Во время симпозиума было объявлено о начале конкурса на лучшую научно-практическую работу, посвященную внедрению новых эндоскопических технологий в клиническую практику. В соответствии с тематикой следующей конференции тема для работ определена как «Интервенционная внутрипросветная эндоскопия».

### Настоящее и будущее

Первое научное заседание съезда началось с лекции профессора Юрия Старкова «Влияние достижений эндоскопии на идеологию диагностики и лечения в хирургии». В ней были даны характеристики практически всех существующих на сегодняшний день в мире эндоскопических

ративной эндоскопии. В целом эндоскопия играет всё большую роль в хирургии, среди новых ее возможностей – лечение ранних форм рака и неопластических изменений желудочно-кишечного тракта.

Следующим на трибуну вышел представитель Лёвенского университета **Шальк ван дер Мерве** (Бельгия), который задал вопрос в самом названии своего доклада: «Могут ли быть малоинвазивные технологии более агрессивны в гепатобилиарной эндоскопии?» Но прежде чем ответить на него, докладчик остановился на ряде диагностических проблем. Например, компьютерная томография не всегда способна показывать очаги некроза в поджелудочной железе, но с этой задачей справляется прогрессирующая эндоскопическая УЗ-диагностика. Последняя позволяет определить пациентов, требующих агрессивного вмешательства. Кстати, широко применяемое чрескожное дренирование при остром панкреатите позволяет не прибегать к операции в 50% случаев. «Максимальное хирургическое вмешательство – не выход в лечении острого панкреатита», – подчеркнул бельгийский хирург-эндоскопист, перейдя к детальному рассказу о технике эндоскопических манипуляций в отношении очагов некроза. Он показал очевидность несостоятельности ранних открытых хирургических вмешательств при остром панкреатите, приводящих к 70%-ной летальности. «Чтобы улучшить клинические исходы, хирурги и эндоскописты должны работать вместе», – подытожил свое выступление наш гость.

Известный немецкий специалист **Аннет Фритхер-Равенс** представляла клиники сразу двух стран и городов – Килья и Лондона. Она рассказала об

пример некротическими очагами поджелудочной железы, сразу в специализированные хирургические центры, минуя обычные городские и районные больницы.

С большой лекцией о будущем современной эндоскопии выступил **Сергей Канцевой** (США), в свое время окончивший Горьковский медицинский институт и переселившийся за океан после защиты кандидатской диссертации в 1990 г. Одна из новых представленных им технологий – эндоскопическое полностойное удаление опухоли желудочно-кишечного тракта. Оно стало возможным после появления специальных аппаратов для ушивания отверстий в стенке органа, разработанных для транслюминальной хирургии.

Продолжил рассказ о современных методах эндоскопического лечения – на билиопанкреатодуоденальной зоне – **Андреас Пуспок** (Австрия). Он представил новые инструменты для стентирования, оригинальные методики. Заметим, что эндохирургический опыт австрийских специалистов впервые представлен на съездах, организуемых Российским обществом эндохирургов.

Руководитель эндоскопического отделения Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена профессор **Виктор**

ем первичной злокачественной опухоли, поражающей слизистую оболочку бронхов.

О возможностях стентирования различных органов саморасправляющимися эндопротезами рассказала руководитель эндоскопического отделения Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского **Марина Хрусталёва**.

О диагностической значимости трансбронхиальной аспирации под контролем ультразвука в дифференциальной диагностике лимфаденопатий средостения говорил **Игорь Васильев** (С.-Петербургский научно-исследовательский институт физиопульмонологии). Бронхоскоп, вооруженный УЗ-насадкой, позволяющий проводить пунктирование лимфоузлов средостения, чтобы разобраться в наличии онкозаболевания, определении стадии и т.д., стал не такой уж редкостью в российских больницах. Петербуржцы были одними из первых, кто освоил эту методику у нас в стране.

Очень приятно было слушать доклад кандидата медицинских наук **Михаила Агапова**, который внедрил такую новую технологию, как диссекция в подслизистом слое желудка и толстой кишки, в отделенческой клинической больнице на станции Владивосток. Был подытожен опыт первых 30

этих технически сложных операций, проведенных в отдаленном от столицы регионе. Впрочем, Япония, лидирующая в этом направлении эндохирургии, географически к Владивостоку значительно ближе, чем Москва.

Параллельно – в переполненном малом конференц-зале Института хирургии им. А.В.Вишневого – продолжалось общение с иностранными гостями съезда. Профессор Юрий Старков избрал новый удачный формат, соединив мастер-класс и встречу с экспертами: Шальк ван дер Мерве, Аннет Фритхер-Равенс и Сергей Канцевой сделали получасовые видеопрезентации клинических эпизодов соответственно «Лечение панкреонекроза. Всё дело в терпении...», «Эндоскопическое ушивание перфораций и несостоятельных анастомозов», «Эндоскопическое сшивающее устройство – новые возможности в гастроэнтерологии и хирургии»,



**Соколов** поделился с аудиторией последними достижениями флуоресцентной бронхоскопии, внутрибронхиальной хирургии и фотодинамической терапии при раннем центральном раке легкого. Виктор Викторович – лидер этого направления в нашей стране, им было сказано, что в группе больных раннего рака легкого при электрокоагуляции полная регрессия опухолей достигнута в 89%. Рецидивы отмечены в 17%. При ФДТ и аргоноплазменной коагуляции результаты зависели от размеров опухоли.

НАУКА И ПРАКТИКА

а затем отвечали на вопросы практических врачей, занимающихся интервенционной эндоскопией. Близкое, «камерное» общение при почти неограниченном времени было очень полезным.

**Расширение анатомическое и географическое**

Заседание «Транслюминальная хирургия и хирургия единого лапароскопического доступа» началось с лекции Аннет Фритхер-Равенс о применении в Европе техники N.O.T.E.S. Последние года два больше говорят о едином доступе, и тема транслюминальной хирургии ушла в тень. Связано это с ожиданием появления принципиально новой, сложной медицинской техники. Тем не менее прочно заняли место в хирургической практике трансвагинальные вмешательства: несмотря на имеющиеся альтернативы, общее их количество в европейских странах превысило 4,5 тыс. Особенное развитие получили трансвагинальные операции на толстой и прямой кишках. Эту тему более широко осветил в своем докладе другой немецкий специалист Ян Бургхардт. В его клинике под Берлином, как и в других европейских центрах, трансвагинальная передняя резекция прямой кишки стала новым стандартом, позволяющим избежать возникновения троакарных грыж. Доклад был удостоен высокой оценки председателем заседания на заседании директора Государственного научного центра колопроктологии профессора **Юрия Шелыгина**, а чуть позже мы услышали сообщение его коллег по центру об опыте использования единого лапароскопического и трансвагинального доступа в колопроктологии. С мая 2010 г. по настоящее время в центре оперировано 48 человек с применением технологии единого лапароскопического доступа. Резекции ободочной кишки по поводу новообразований были выполнены 35 пациентам. По поводу болезни Крона, осложненной стриктурами, произведена 1 резекция тощей кишки. 12 пациентам осуществлены реконструктивно-восстановительные вмешательства после резекции толстой кишки по Гартману. Отмечено, что пациенты после операции из единого доступа выписывались раньше, чем после традиционных лапароскопических.

О том, что хирургия единого лапароскопического доступа постепенно распространяется на все отделы брюшной полости, включая желудок и толстую кишку, говорила Катика Крайнович, продемонстрировавшая ряд интересных клинических наблюдений.

Профессор **Валерий Егиев** сообщил, что в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России выполнено более 300 операций с применением различных видов трансумбиликальных портов. Спектр операций включает холецистэктомию, резекцию тонкой, толстой, прямой кишок, резекцию желудка, атипичную резекцию печени, герниопластику, аппендэктомию, адrenaлэктомию, бандажирование желудка.

Радовала расширяющаяся география сообщений этого заседания. Наряду с опытными новосибирцами выступили хирурги из Новокузнецка, Казани, Екатеринбурга, С.-Петербурга, доклад в адрес съезда был прислан и из Таджикистана, где также развивается хирургия единого доступа.

**Пройти все уровни**

Российские хирурги приходят к пониманию того, кто и как должен обучать эндовидеохирургическим технологиям качественно – с помощью виртуальных симуляторов, тренажеров, традиционных

методов. Настала пора сертифицировать имеющиеся учебные центры, а новые организовывать при медицинских университетах и академиях – там, где есть методологические традиции в сочетании с современными подходами к обучению, работает высококвалифицированный преподавательский состав.

– Мы сторонники создания симуляционных центров, где студенты могут уже на начальных курсах впервые познакомиться с эндовидеохирургическими технологиями, – сказал корреспондентом «МГ» президент РОЭХ профессор **Сергей Емельянов**. – В последующем они придут туда для обучения, будучи уже врачами-стажерами в системе последипломного образования. В современных симуляционных тренажерах используется виртуальная система прохождения уровней, как в видеоиграх. И для нас очень важна методика оценки мануальных навыков: как хирург умеет наложить шов, лигировать, раздвигать ткани и т.д. Недавно мы обсуждали эти вопросы с руководством РОХ. Вывод однозначный – тема обучения должна быть ведущей, даже главенствующей. Надо давать самые высокие накопительные баллы-кредиты тем, кто прошел обучение в симуляционных центрах. С соответствующими предложениями мы уже вышли в Минздравсоцразвития, Минобрнауки России.

Второй день съезда начался именно с темы обучения – лекции сотрудников госпиталя Копенгагенского университета **Христиана Рифбьерга Ларсена** и **Жанетт Ёстергаард** (Дания) «Обучение на симуляторах и сертификация в лапароскопической хирургии». Они показали всю налаженную систему обучения, включающую эффективные способы оценки полученных знаний, которая уже прекрасно зарекомендовала себя в ряде европейских стран. Мы лишний раз убедились, насколько это важно. В рамках съезда датские хирурги также провели семинар «Симуляционный тренинг эндоскопической хирургии в Европе», где методики демонстрировались непосредственно на тренажерах и сразу же были опробованы участниками.

То, что у корифеев хирургии будет достойная смена, показалось заседание секции молодых ученых РОЭХ, где было представлено 12 докладов. Один из них, учитывая возраст участников, вполне можно назвать выдающимся. Аспирантка из Института хирургии им. А.В.Вишневского **Наталья Курушкина** представила «Лапароскопическое лечение гастроинтестинальных стромальных опухолей», где были показаны различные подходы к операциям на желудке. Причем в не зависимости от доступа проводились органосохраняющие операции – на малой, большой кривизне, привратнике.

**Перспективы и осложнения**

На заседании «Хирургия забрюшинного пространства, вопросы герниологии» академик РАМН **Николай Майстренко** (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, С.-Петербург) в докладе «Концептуальные подходы в диагностике и лечении хирургических заболеваний надпочечников» провел анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств у 877 больных с хирургическими заболеваниями надпочечников, среди которых 272 прооперированы эндовидеохирургически со сроками наблюдения 5-15 лет. Результаты малоинвазивных операций на надпочечниках свидетельствуют о снижении осложнений в 2,5

раза по сравнению с открытыми, обеспечивая при этом раннюю реабилитацию больных и высокое их качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. Исследования показали, что рациональным вариантом при локализации опухоли в правом надпочечнике является лапароскопическая, в левом – ретроперитонеоскопическая адrenaлэктомия, которая показана при доброкачественных опухолях диаметром не более 8 см.

Этот опыт был озвучен докладом президента РОЭХ профессора **Сергея Емельянова** (Московский государственный медико-сто-

и у 19,5% больных после операции Prolift.

**Помни о нюансах!**

Из четырех заседаний по общим вопросам выделим доклад профессора **Вячеслава Сажина** (Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова, Новомосковская городская клиническая больница) «Влияние стандартов оказания медицинской помощи на результаты лечения больных с острой хирургической патологией» как имеющий наибольшее приближение к практике врача. Речь шла о таких заболеваниях, как острый



матологический университет) «Результаты лапароскопической адrenaлэктоми при новообразованиях надпочечников больших размеров». Во время этих вмешательств хирурги применили ряд технических приемов, в частности взятие центральной вены надпочечника перед клипированием на держалку в виде лигатуры, повторный вход в забрюшинное пространство после пересечения центральной вены путем рассечения брюшины в области проекции нижнего полюса надпочечника для предотвращения фрагментации новообразования и удаления его единым блоком с окружающей клетчаткой. Они показали, что лапароскопическая адrenaлэктомия при новообразованиях надпочечников размером от 5 до 8 см является выполнимым, эффективным и достаточно безопасным оперативным вмешательством, но требует высокого уровня мастерства и опыта операционной бригады, соответствующего уровня аппаратного обеспечения и высокого качества предоперационной топической диагностики.

Профессор **Валерий Стрижелецкий** (С.-Петербург) рассказал об эффективности эндовидеохирургической герниопластики при сложных формах паховых грыж. Преимущества перед другими видами операций у этой группы больных – малая травматичность, благоприятное течение после операционного периода и короткий срок трудовой и социальной реабилитации.

На заседании по неотложной хирургии обратил на себя внимание доклад профессора кафедры эндоскопической хирургии факультета последипломного образования МГМСУ **Максима Высоцкого** «Анализ отдаленных результатов лапароскопической сакроколюмпексии и операции Prolift», который показал, насколько сдержанным надо быть при проведении подобных вмешательств. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения отмечены у 8,6% пациенток, подвергшихся лапароскопической сакропексии,

при которых в стране делается десятка тысяч операций в год. Приведенная статистика, обобщающая многие годы труда, поможет обосновать работу хирурга перед страховыми компаниями, показать, насколько выгодно использовать эндовидеохирургические технологии. Известным хирургом и его коллегами были изучены результаты лечения 800 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости при применении стандартизированных протоколов и без них. Установлено сокращение сроков лечения, уменьшение количества осложнений при применении стандартизированных протоколов. При остром аппендиците в основной группе было 2% послеоперационных осложнений, а в контрольной 4%. В основной и контрольной группах средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 5,2 и 7,5 дня соответственно. При остром холецистите в основной группе было 4% послеоперационных осложнений, а в контрольной 9%. Продолжительность стационарного лечения составила соответственно 8,5 и 12,1 дня. Летальных исходов не было.

Интересную разработку представил главный хирург Южного федерального округа профессор **Михаил Черкасов** (Ростов-на-Дону). Компрессионный способ гемостаза при повреждении печени основан на оригинальном устройстве, содержащем раздувной баллон и двухпросветную трубку для дренирования брюшной полости и наполнения баллона воздухом. Новый способ гемостаза с успехом применен у 41 пациента с закрытой травмой печени и у 10 с колото-резаными ранами печени. Рецидивов кровотечения, желчеистечения в послеоперационном периоде не наблюдали. Пациенты активизированы за 2 суток послеоперационного периода, средний срок пребывания больного в стационаре составил 8 койко-дней.

Представленная профессором **Махмудом Тимербулатовым**

(Уфа) работа «Лапароскопическая холедохоскопия при холедохолитиазе» показала, как точно определить до операции наличие и локализацию камней. Несмотря на очевидные успехи эндоскопических технологий в лечении холедохолитиаза, открытая лапаротомия с ревизией холедоха остается достаточно частой процедурой. А лапароскопическая фиброхоледохоскопия позволяет выполнять полноценную ревизию и выявлять патологию желчных протоков, дает возможность извлекать конкременты из гепатикохоледоха и внутривенных долевых протоков. Она является объективным методом оценки состояния желчных протоков после удаления камней, ценными ее качествами является малая инвазивность, хорошие функциональные результаты, низкий процент осложнений.

Методологически выверенными, «установочными» были обзорные лекции профессора **Александра Разумовского** «Возможности педиатрической эндоскопии» и профессора **Кирилла Жесткова** (Российская медицинская академия последипломного образования) «Торакоскопическая хирургия в 2011 г.»

Отметим доклад «Классификация и выбор методов лечения дисфагий после лапароскопических антирефлюксных операций» президента Общества эндохирургов Казахстана профессора **Орала Оспанова**, представлявшего совместную работу Медицинского университета Астана и Карагандинского государственного медицинского университета. Опыт сотен операций, проведенных хирургами Казахстана, поразил разнообразием вмешательств, что, безусловно, важно, когда надо отдать предпочтение той или иной методике, подходящей для конкретного клинического случая. Авторы предложили использовать усовершенствованную классификацию дисфагий после антирефлюксных операций для оптимизации выбора метода лечения данного осложнения.

Интересные сообщения на этих заседаниях представили хирурги из Киева, Одессы, Минска, Твери, Барнаула, Ханты-Мансийска, Воронежа, Липецка, Смоленска, Великого Новгорода и других городов.

– Мне понравился доклад о зависимости послеоперационных осложнений от способа обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии хирургов московской ГКБ № 70, – заметил после одного из заседаний президент РОЭХ профессор **Сергей Емельянов**. – Речь шла об относительно простых методиках, начинающихся широко применяться молодыми хирургами. Однако, как говорится, здесь есть нюансы. При долгом – иногда часами – погружении Z-образного шва, неаккуратном использовании монополярной коагуляции наблюдаются осложнения – ожоги на куполе диафрагмы, соскальзывание лигатуры. Об этом очень важно помнить.

**Альберт ХИСАМОВ, Александр ХУДАСОВ (фото), корреспонденты «МГ».**

**НА СНИМКАХ:** (слева направо) профессор **Виктор Соколов**, **Юрий Старков** и **Юрий Галлингер** председательствовали на первом научном заседании съезда; лекция **Аннет Фритхер-Равенс**; главные хирурги республик **Чеченской** и **Северная Осетия – Алания** **Умар Ханбиев** (слева) и профессор **Валерий Тотиков**.