

БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН



**НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ХИРУРГИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ**

НА ТЕМА:

**„УСЛОЖНЕНИЯ НА КОНВЕНЦИОНАЛНАТА,
ЛАПАРОСКОПСКАТА И РОБОТИЗИРАНАТА
ХИРУРГИЯ. ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ХИРУРГИЧНИ
СЛУЧАИ, ДОСТИГАЩИ ДО СЪДЕБНАТА
ПРАКТИКА“**

РЕЗЮМЕТА И ДОКЛАДИ

31 МАЙ- 2 ЮНИ 2017Г., ПЛЕВЕН

Организационен комитет:



Председател:

Проф. Димитър Стойков, дмн

Зам. Председател:

Доц. Сергей Илиев, дм

Почетни председатели:

Акад. Дамян Дамянов, дмн

Член – кореспондент Григор
Горчев, дмн

Проф. Славчо Томов, дмн

Проф. Георги Тодоров, дмн

Членове:

Проф. Ташко Делийски, дмн

Доц. Пенчо Тончев, дм

Доц. Добромир Димитров, дм

Доц. Борислав Нинов

Д-р Ивайло Пресолски

Д-р Цветан Съботинов

Д-р Ирина Декова

Д-р Полина Маринова

Д-р Цветелина Райчева

Д-р Емил Филипов

Д-р Павлин Мирочник

Д-р Ванче Ристовски

Д-р Паулина Владова

Д-р Добромир Нгуен

Д-р Кирил Недялков

Д-р Марин Янчев

Д-р Иван Атмажов

ЗАЩИТЕНИТЕ ПОЗИЦИИ В ПУБЛИКАЦИИТЕ СА ОТГОВОРНОСТ НА АВТОРИТЕ!

Издава Издателски център при МУ – Плевен

ISBN 978-954-756-206-6

СЪДЪРЖАНИЕ

УСЛОЖНЕНИЯ И ГРЕШКИ В ХИРУРГИЯТА – КОНВЕНЦИОНАЛНА И ЛАПАРОСКОПСКА Д. Дамянов, Д. Стойков	9
ТОТАЛНА ПЕРИТОНЕАЛНА МЕЗОМЕТРАЛНА РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МАТКАТА Гр. Горчев <i>Медицински Университет - Плевен</i>	16
УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МИНИМАЛНОИНВАЗИВНА ГИНЕКОЛОГИЧНА ХИРУРГИЯ Сл. Томов <i>Медицински Университет - Плевен</i>	
ОБЗОР НА 25 ГОДИШЕН ОПИТ С ЛАПАРОСКОПСКАТА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ. ПОГЛЕД КЪМ УСЛОЖНЕНИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И ЛЕЧЕНИЕТО ИМ. Т. П. Пожарлиев, И. Е. Евстатиев, О. Л. Томов, Й. Г. Бирданов, М. Радионов* <i>МБАЛ „Доверие” София, Отделение по Обща Хирургия и Ендоскопски Процедури.</i> <i>*УМБАЛ „Света Анна” София, Клиника Обща и Ендоскопска Хирургия.</i>	
ТАЗОВИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД РЕКТАЛНА ХИРУРГИЯ" М. Хадживели, *А. Тонев, *А. Златаров, Б. Андонов, Г. Иванов, Д. Петров, Д. Димов, Т. Кирилова, Н. Колев, Щ. Щерев, *В. Игнатов, К. Иванов <i>Първа клиника по хирургия, Катедра по обща и оперативна хирургия</i> <i>УМБАЛ Св. Марина, *Медицински Университет - Варна</i>	
ХИРУРГИЧНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЧЕРНОДРОБНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ Н. Владов, И. Такоров, В. Михайлов, И. Василевски, Ц. Луканова, Е. Одисеева*, К. Кацаров** <i>*Клиника чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, Клиника по анестезиология и интензивно лечение</i> <i>**Клиника по гастроентерология и хепатология ВМА – София</i>	16
СТРУКТУРА НА ПЕРИОПЕРАТИВНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СИНХРОННИ МУЛТИВИСЦЕРАЛНИ И ЧЕРНОДРОБНИ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОД ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ КРК В. Маринов, К. Драганов, Р. Гайдарски, Н. Кътев <i>Клиника по Чернодробно-Жлъчна, Панкреатична и Обща Хирургия,</i> <i>„Токуда Болница София“ - ЕАД</i>	17
УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОПЕРАЦИИ ВЪРХУ ЖЪЛЧНИЯ МЕХУР И БИЛИАРНИЯ ТРАКТ Р. Маджов, В. Божков, П. Чернопольски И. Плачков УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЕНДОСКОПСКА ХИРУРГИЯ В. Игнатов, А. Тонев, Н. Колев, А. Златаров, Б. Андонов, Г. Иванов, Д. Петров, Д. Димов, Щ. Щерев, М. Хадживели, Т. Кирилова, К. Иванов <i>Първа клиника по хирургия</i> <i>Катедра по обща и оперативна хирургия</i> <i>УМБАЛ Св. Марина</i> <i>*Медицински университет - Варна</i>	
МЕТОДИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ХОЛЕДОХА СЛЕД ЯТРОГЕННИ УВРЕЖДЕНИЯ Д. Стойков, М. Янчев, Цв. Съботинов, П. Маринова, И. Декова, Цв. Райчева, И. Аتماжов <i>МУ – Плевен</i>	
ПОСТОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЧЕРНОДРОБНА ХИРУРГИЯ И. Василевски, И. Такоров, В. Михайлов, Ц. Луканова, Н. Владов <i>Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, ВМА-София</i>	19
УВРЕДА И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЖЪЛЧНИТЕ ПЪТИЩА ПРИ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ Г. Костов ¹ , Р. Димов ¹ , В. Иванов ² , Р. Кънчев ² , В. Маринов ³ , Б. Боев ² , Ст. Спасов ² ¹ <i>Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия”, УМБАЛ Каспела, Клиника по хирургия</i> ² <i>УМБАЛ Каспела, Клиника по хирургия</i> ³ <i>Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропедевтика на хирургичните болести”, УМБАЛ Каспела, Клиника по хирургия</i>	20
УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ П. Чернопольски, В. Драганова, Д. Чаушев, В. Божков, И. Плачков, Т. Иванов, А. Лисничков, Р. Маджов <i>Втора клиника по хирургия, Катедра по Хирургически болести, УМБАЛ “Св. Марина”, МУ – Варна</i>	21
МЕТОДИ И ПОХВАТИ ЗА ИЗБЯГВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯТА ПРИ ЛАПАРОСКОПСКА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ - НАШИЯТ ОПИТ Гърбев Г., (София), Живков И. (София), Георгиева С. (София)	25

ПОСТОПЕРАТИВНИ ПИОГЕННИ ЧЕРНОДРОБНИ АБСЦЕСИ – СТРАТЕГИЯ ЗА ПОВЕДЕНИЕ	
Плачков И., А.Лисничков, Пл. Чернополски, В. Божков, Кр. Георгиев, Т. Иванов, В. Драганова, Р. Маджов	
<i>Втора клиника по хирургия, МУ-Варна, УМБАЛ „Св. Марина” ЕАД – Варна</i>	30
СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЯ НА СТОМАХА И ТЯХНОТО ЛЕЧЕНИЕ	
Б. Коруков, Е. Костадинов, Г. Желев	
<i>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД, Медицински университет – София</i>	
ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ НА СТОМАШНИЯ РАК - КАК ДА ИЗБЯГВАМЕ НЕЖЕЛАНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ?	
Н. Белев, Б. Атанасов, Р. Пенков, Щ. Попов, П. Кръстев, И. Петлешков, Д. Димитров	
<i>УМБАЛ-Еврохоспитал, Пловдив</i>	34
ИНТРАОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ НА ЛАПАРОСКОПСКАТА КАРДИОМИОТОМИЯ	
Г. Костов ¹ , Р. Димов ¹ , Т. Иванов ² , Р. Кънчев ² , В. Маринов ³ , М. Стоилова ¹ , Ст. Спасов ²	
¹ <i>Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия</i>	
² <i>“УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия</i>	
³ <i>Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропedeutика на хирургичните болести“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия</i>	42
ИНСУФИЦИЕНЦИЯ НА ЕЗОФАГО ЙЕЮНАЛНАТА АНАСТОМОЗА СЛЕД ТОТАЛНА ГАСТРЕКТОМИЯ	
Г. Костов ¹ , Р. Димов ¹ , В. Иванов ² , Р. Кънчев ² , В. Маринов ³ , Д. Аргиров ¹ , Ст. Спасов ² , М. Стоилова ²	
¹ <i>Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“ , “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия</i>	
² <i>“УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия</i>	
³ <i>Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропedeutика на хирургичните болести“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия</i>	42
ПЕПТИЧНА ЯЗВА – НАЙ-ЧЕСТО УСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ГАСТРО – ЕНТЕРОАНАСТОМОЗА. РЕЗУЛТАТИ ОТ СЕДЕМ ГОДИШЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ	
Д. Стойков, П. Бобев, Н. Цолов, С. Глинков, Ю. Калчева, И. Минев	
<i>Втора коремна хирургия, Клиника коремна хирургия, МБАЛ“Св. Анна-Варна” АД</i>	43
ИНОВАТИВЕН МЕТОД ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА АНАСТОМОЗНА ИНСУФИЦИЕНЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ НА ЛЯВ КОЛОН И РЕКТУМ	
М. Соколов ¹ , В. Schmied ² , W. Brunner ² , L.P.S. Stassen ³ , Св. Маслянков ¹ , К. Ангелов ¹ , К. Гроздев ¹ , Св. Тошев ¹ , П. Грибнев ¹ , М. Василева ¹ , Г. Велев ¹ , М.П. Атанасова ^{1а} , Д. Цонева ^{1а} , Г. Тодоров ¹	
¹ - <i>Клиника по хирургия „Проф. Д-р Ал. Станишев“, УМБАЛ “Александровска“ ЕАД, МФ, МУ – София</i>	
^{1а} - <i>Клиника по анестезиология и интензивно лечение (КАИЛ-2), УМБАЛ “Александровска“ ЕАД, МФ, МУ – София</i>	
² - <i>Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie, Kantonsspital Saint Gallen (KSSG), Switzerland</i>	
³ - <i>Dikke darm- en endeldarm chirurgie, Deartment of surgery, Maastricht University Medical Center (MUMC+), The Netherlands</i>	46
СПЕЦИФИЧНИ ТЕХНИЧЕСКИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РОБОТИЗИРАНАТА РЕКТАЛНА ХИРУРГИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ТЯХНОТО РЕШЕНИЕ	
Ц. Иванов, Д. Димитров, Т. Делийски, С. Илиев, Е. Филипов, Д. Нгуен	
<i>Медицински Университет Плевен</i>	52
УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЛАПАРОСКОПСКА КОЛО-РЕКТАЛНА ХИРУРГИЯ	
И. Такоров, М. Якова, И. Василевски, Ц. Луканова, В. Михайлов, Ц. Тричков, Е. Одисеева*, Н. Владов	
<i>Клиника чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, *Клиника анестезиология и интензивно лечение, ВМА – София</i>	52
УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛНИ НАРАНЯВАНИЯ НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО	
Г. Киров, Арк. Иванов, Н. Иванова	
<i>„IV МБАЛ – София“ ЕАД, Хирургично отделение</i>	53
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БОЛЕСТ НА КРОН, ИЗИСКВАЩИ ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР И СЛУЧАИ ОТ ПРАКТИКАТА	
С. Илиев, П. Владова, Ив. Пресолски, К. Недялков	
<i>Първа хирургична клиника, Отделение по Гнойно септична хирургия и колопроктология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД Плевен</i>	54
ТЪНКОЧРЕВНА МЕХАНИЧНА НЕПРОХОДИМОСТ – СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ	
Арк. Иванов, Г. Киров, Н. Иванова	
<i>„IV МБАЛ – София“ ЕАД, Хирургично отделение</i>	58

СЛЕДОПЕРАТИВНА ЧРЕВНА НЕПРОХОДИМОСТ В. Божков, И. Плачков, Пл. Чернополски, Т. Иванов, Д. Чаушев, А. Лисничков, Р. Маджов <i>Втора Клиника по Хирургия УМБАЛ "Света Марина" ЕАД – Варна</i> <i>Медицински Университет – Варна</i>	65
РАНЕН СЛЕДОПЕРАТИВЕН ИЛЕУС – ПРИЧИНИ, ПОВЕДЕНИЕ И. Декова, Д. Стойков, П. Маринова, Цв. Съботинов, Цв. Райчева, Ив. Аتماжов, М. Янчев <i>Клиника по жлъчно-чернодробна и панкреатична хирургия, МУ Плевен</i>	
ПОСТОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОТВОРЕНА ХИРУРГИЯ НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ – СОБСТВЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ С. Илиев, П. Владова, Ив. Пресолски, В. Грозев, Е. Филипов, П. Мирочник, Ив. Ристовски, К. Недялков, Д. Нгуен <i>Първа хирургична клиника, Отделение по Гнойно септична хирургия и колопроктология, УМБАЛ „ Д-р Г. Странски“ ЕАД Плевен</i>	69
ИНСУФИЦИЕНЦИЯ СЛЕД ПРЕДНА РЕЗЕКЦИЯ НА РЕКТУМА Л.Симонова, Д. Буланов, А. Йонков, С. Бонев, Д. Дарданов, Е. Живков, И. Танева, В. Попов, В. Димитрова <i>Клиника по Обща и Чернодробно-Панкреатична Хирургия</i>	69
РЕЦИДИВНИ АНОРЕКТАЛНИ АБСЦЕСИ И ФИСТУЛИ Д. Чакъров, Е. Хаджиева, Б. Сакакушев, Ив. Иванов, Д.Хаджиев, Т. Дерменджиева	
СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАСТИЧНИ ОПЕРАЦИИ ЗА ПАРАФИНОМИ НА МЪЖКИТЕ ГЕНИТАЛИИ (ИЛИ ПРИ СВОБОДНА ПЛАСТИКА) Ив. Рачев ¹ , В. Дунев ^{2,3} , Н. Колев ^{2,3} , П. Тончев ^{1,3} ¹ .Отделение по пластична хирургия; ² .Урологична клиника УМБАЛ „д-р Г. Странски“ Плевен; ³ .Катедра „Сестрински Хирургични грижи“ Медицински Университет- Плевен	76
УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОПЕРАЦИИ В СПЕШЕН ПОРЯДЪК ПО ПОВОД НА ПЕРИТОНИТ И ИЛЕУС Ю. Калчева, П. Бобев, Н. Цолов, С. Глинков, Д. Стойков, И. Минев, В. Божков* <i>МБАЛ "Св. Анна-Варна" АД, Клиника коремна хирургия. Втора коремна хирургия.</i> <i>*УМБАЛ "Света Марина" ЕАД Варна, Втора Клиника по Хирургия, МУ – Варна</i>	81
ДЕХИСЦЕНЦИИ НА КОРЕМНАТА СТЕНА СЛЕД АБДОМИНАЛНА ХИРУРГИЯ. ОЦЕНКА НА РИСКА Ю. Ванев, Л. Свиленов, И. Коларов <i>УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД – Секция по обща, спешна и висцерална хрургия</i>	
ДЕХИСЦЕНЦИИ НА КОРЕМНАТА СТЕНА СЛЕД АБДОМИНАЛНА ХИРУРГИЯ. ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛТАТИ Ю. Ванев, Л. Свиленов, И. Коларов <i>УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД – Секция по обща, спешна и висцерална хрургия</i>	
СЛЕДОПЕРАТИВЕН НЕКРОТИЧЕН ФАСЦИИТ НА КОРЕМНАТА СТЕНА- КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ Б. Сакакушев, Б. Хаджиев, Д. Чакъров, Б. Атанасов, Д. Хаджиев <i>УМБАЛ Св. Георги ЕАД Пловдив</i>	
РАННИ СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСТОМИИТЕ – ПРИЧИНИ, ПРОЯВИ И ПОДХОДИ Б. Сакакушев, Б. Хаджиев, Д. Чакъров, Д. Хаджиев, Б.Атанасов <i>УМБАЛ Св Георги ЕАД Пловдив</i>	
УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ПЛАСТИЧНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ПРЕДНА КОРЕМНА СТЕНА – 10 ГОДИШЕН ОПИТ В ТРЕТИРАНЕТО ИМ П. Маринова, Д. Стойков, Цв. Съботинов, И. Декова, Цв. Райчева, И. Аتماжов, М. Янчев <i>Клиника по Жлъчно-чернодробна хирургия, МУ Плевен</i>	
СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ В ОБЛАСТТА НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА – ПРИЧИНИ, ПОВЕДЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА Д. Стойков, П. Маринова, И. Декова, Цв. Райчева, Цв. Съботинов, В. Едрева, Хиткова, М. Янчев, И. Аتماжов, Д. Начев <i>Клиника по Жлъчно-чернодробна хирургия, МУ Плевен</i>	
ВЛИЯНИЕ НА КРИВАТА НА ОБУЧЕНИЕ ВЪРХУ КАЧАСТВОТО НА ХИРУРГИЧНАТА ПРОЦЕДУРА И УСЛОЖНЕНИЯТА ПРИ 420 ЛАПАРОСКОПСКИ КОЛОРЕКТАЛНИ ОПЕРАЦИИ. Н. Белев, П. Русев, И.Петлешков, Хр.Коларов, К .Станева <i>УМБАЛ-Еврохоспитал, гр. Пловдив</i>	85

ЧРЕВНА НЕПРОХОДИМОСТ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ СЛЕД БИЛИОПАНКРЕАТИЧНА ДЕРИВАЦИЯ С ДУОДЕНАЛНО ПРЕВКЛЮЧВАНЕ.

T. Stoyanov¹, Pedro Cascales-Sanchez², Agustina Martinez-Moreno², Emilio Garcia-Blazquez², Pablo Sarduy-Fernandez¹, Paloma Casado-Santamaria¹, Elias Garcia-Grimaldo¹, Emilio Corral-Fernandez¹, Antonio Melero-Abellan¹, Kaloyan Tonev Ivanov³, Slaveiko Bogdanov⁴, Pencho Tonchev Tonchev⁴.

¹Department of Surgery, General Hospital of Villarobledo.

²University Hospital Center Albacete. Department of General Surgery. Unit of Endocrine and Bariatric Surgery.

³Department of Surgery MBAL – Medica, Ruse.

⁴Propedeutic Department of Surgery, UMBAAL „D-r Georgi Stranski“, Pleven.

Медицински Университет-УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД-Пловдив-Първа клиника по хирургия 90

ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ПЛЕВРАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ГРЪДНО-ХИРУРГИЧНИ ОПЕРАЦИИ

Янков Г., А. Семков, Д. Петров

Клиника по гръдна хирургия, СБАЛББ „Света София“, Медицински университет, София 94

УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОПЕРАТИВНИ НАМЕСИ ЗА КОНТРОЛ НА МАСИВНА ИНТРАПЛЕВРАЛНА ХЕМОРАГИЯ ПРИ ГРЪДНА ТРАВМА, НАЛОЖИЛИ ИЗВЪРШВАНЕТО НА ПУЛМОНЕКТОМИЯ

Янков Г., А. Семков, Д. Петров

Клиника по гръдна хирургия, СБАЛББ „Света София“, Медицински университет София 94

УСЛОЖНЕНИЯ В ШИЙНАТА ЕНДОКРИННА ХИРУРГИЯ - МЕДИЦИНСКИ И ЕТИЧНИ АСПЕКТИ

Р. Пандев, М. Кермедчиев, Б. Коруков

Клиника по Хирургия, Секция „Ендокринна хирургия“

Университетска Болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“ – София

Медицински Университет - София 101

УСЛОЖНЕНИЯ В ТИРОИДНАТА ХИРУРГИЯ

Г. Костов¹, Р. Димов¹, Т. Иванов², Р. Кънчев², В. Маринов³, Д. Аргиров¹, М. Стоилова², Б. Боев²,

¹Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

²“УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

³Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропедевтика на хирургичните болести“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия 102

МАСНА ЕМБОЛИЯ СЛЕД ОПЕРАЦИЯ ЗА ГИНЕКОМАСТИЯ

В. Митова*, Р. Хаджиев**, А. Михайлов*, М. Зашев*, М. Грозева**, Р. Горнев*

*Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия

**Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина» 103

ДЕБЕЛОИГЛЕНА РЕЖЕЩА БИОПСИЯ ПРИ ЛЕЗИИ В МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА - КЛИНИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ И УСЛОЖНЕНИЯ

Ив. Петрова¹, Д. Димитров¹, М. Караманлиев³, А. Габарски³, П. Въртов³, Р. Генчева³, Ч. Иванов³, С. Поповска², Г. Вълчева¹, В. Нанев¹, Ц. Иванов¹, Х. Ферадова³, Т. Делийски¹

¹Клиника по Онкологична хирургия към УМБАЛ „Георги Странски“

²Отделение по Обща и клинична патология към УМБАЛ „Георги Странски“

³Кръжок по Онкологична хирургия към Медицински университет – Плевен 103

ОЦЕНКА НА ВЛИЯНИЕТО И ЕФЕКТИВНОСТТА НА СПЕЦИАЛИЗИРАНО ОБУЧЕНИЕ ПО ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ ВЪРХУ СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА, КАКТО И НУЖДТА ОТ ПОДОБНИ КУРСОВЕ

М. Караманлиев, Д. Димитров, Ц. Ианов, Н. Станиславова, П. Въртов, А. Габърски, Ч. Иванов, М. Аноар, З. Василева

¹Студентска научно-изследователска група по онкологична хирургия

²Клиника по онкологична хирургия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ Плевен 107

ОЦЕНКА НА ХИРУРГИЧНИЯ РИСК – МЕТОДИКА И ТОЧКОВИ СИСТЕМИ

П. Тончев

Отделение по пластична хирургия, УМБАЛ „Г. Странски“ Плевен 111

КОМПЛИКАЦИИ ПРИ ТАЗОБЕДРЕНО ПРОТЕЗИРАНЕ

Хр. Гигов, М. Ковачев, В. Ковачев

Клиника по ортопедия и травматология, МУ Плевен 123

УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА. ОПРАВДАН МЕДИЦИНСКИ РИСК.

Зл. Петрова

Изпълнителен директор ИАМО 125

АКТУАЛНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО И КАЗУИСТИКА ПРИ УПРАЖНЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКАТА ПРОФЕСИЯ В Р БЪЛГАРИЯ

Д. Зиновиева

Институт за държавата и правото, БАН, София и Юридически Факултет на ПУ"П.Хилендарски, Пловдив

УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД БАРИАТРИЧНА ХИРУРГИЯ В СЪДЕБНО МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

Р. Горнев,* Р.Хаджиев,** А. Михайлов,*М. Зашев*, В. Митова,*М. Грозева**

**Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия*

***Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»* 125

УСЛОЖНЕНИЯ ДОСТИГАЩИ ДО СЪДЕБНАТА ПРАКТИКА ПРИ УПОТРЕБА НА ЕНЕРГИЙНИ ИЗТОЧНИЦИ В ХИРУРГИЯТА

Р. Хаджиев**, В.Митова*, А. Михайлов*, М. Зашев*, М. Грозева**, Р. Горнев*

**Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия*

***Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»* 129

ПРАВНИ АСПЕКТИ ПРИ ИЗБОРА НА МЕТОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ В ХИРУРГИЯТА

А. Илиева

Юридически факултет, Катедра-Публичноправни науки, ПУ „Паусий Хилендарски“ 132

ЮРИДИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА УСЛОЖНЕНИЯТА, ГРЕШКИТЕ И НЕЖЕЛАНИТЕ СЪБИТИЯ В ХИРУРГИЯТА

М. Петрова 136

ЧЕСТО СРЕЩАНИ ПРОПУСКИ И ГРЕШКИ В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА

С. Спасов, И. Църнчев

Медицински университет - Пловдив, Катедра по обща и клинична патология и съдебна медицина, Секция по съдебна медицина 136

ЕКСПЕРТНИ КРИТЕРИИ ПРИ ЕКСПЕРТИЗА НА ПРОПУСКИ И ГРЕШКИ В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА

С. Спасов

Медицински университет - Пловдив, Катедра по обща и клинична патология и съдебна медицина, Секция по съдебна медицина 137

БИЛИРАГИЯ СЛЕД ГОЛЕМИ ПО ОБЕМ ЧЕРНОДРОБНИ РЕЗЕКЦИИ – КРИТЕРИИ ЗА ИЗБОР НА ПРАВИЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ

Д. Русенов, К. Драганов, А. Петреска, В. Маринов, Н. Кътев, Д. Пенчев, С. Лавчев, Г. Ченгалова, Р. Гайдарски

Клиника по чернодробно-жлъчна, панкреатична и обща хирургия

Адджибадем Сити Клиник

„Токуда Болница София“ ЕАД 138

ПОСТОПЕРАТИВНИ ПАНКРЕАТИЧНИ ФИСТУЛИ – РИСКОВИ ФАКТОРИ И ПРЕДИКТОРИ, ПРОФИЛАКТИКА, ПОВЕДЕНИЕ

А. Петреска, К. Драганов, Д. Русенов, В. Маринов, Н. Кътев, Д. Пенчев, С. Лавчев, Г. Ченгалова, Р. Гайдарски

Клиника по чернодробно-жлъчна, панкреатична и обща хирургия

Адджибадем Сити Клиник Токуда Болница София ЕАД 138

УКРЕПВАНЕ НА ПАНКРЕАСНИЯ ОСТАТЪК С ЦЕЛ РЕДУКЦИЯ ЧЕСТОТАТА НА ПАНКРЕАТО - ИЕЮНАЛНА ИНСУФИЦИЕНЦИЯ. РЕЗУЛТАТИ В ГРУПА ОТ 99 ПАЦИЕНТИ.

В. Маринов, Р. Гайдарски, К. Драганов, Н. Кътев

Клиника по Чернодробно-Жлъчна, Панкреатична и Обща Хирургия.

Адджибадем Сити Клиник Токуда Болница София ЕАД 139

СЛЕДОПЕРАТИВНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ПЛАНОВА РЕЗЕКЦИОННА ХИРУРГИЯ НА ПАНКРЕАСА В НЕПРОФИЛИРАНА КЛИНИКА

А. Сароглу, Г. Ганчев, Ал. Юлиянов

Отделение по Хирургия, Болница Тракия, Стара Загора 142

РАННИ И КЪСНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ХИРУРГИЯ НА ХИАТАЛНА ХЕРНИЯ. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР И НАШ КЛИНИЧЕН ОПИТ.

П. Бобев, Р. Маджов, Н. Цолов, Д. Стойков, Ю. Калчева, И. Минев.

МБАЛ "Св. Анна-Варна" АД, Клиника коремна хирургия. Втора коремна хирургия.

УМБАЛ"Св.Марина"ЕАД, Втора клиника по хирургия. 142

ЛАПАРОСКОПСКА ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИСЕН ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ХИАТАЛНИТЕ ХЕРНИИ И ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛНИЯТ РЕФЛУКС. ГРЕШКИ, ОПАСНОСТИ И УСЛОЖНЕНИЯ.

T. Stoyanov¹, P. Frenandez¹, P. Santamaria¹, E. Garcia-Grimaldo¹, E. Corral-Fernandez¹, A. Melero-Abellan¹, A. Mozo¹, K. Ivanov², S. Bogdanov³, P. Tonchev³.

¹Department of Surgery, General Hospital of Villarobledo.

²Department of Surgery MBAL – Medica, Ruse.

³Department of Surgery and Anesthesiology, UMBAL „D-r Georgi Stranski”, Pleven..... 147

УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОТВОРЕНА И РОБОТ–АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

Н. Колев, Б. Атанасов, Ж. Атанасов, А. Ванов

Урологична клиника, Медицински Университет- Плевен 150

1. УСЛОЖНЕНИЯ И ГРЕШКИ В ХИРУРГИЯТА – КОНВЕНЦИОНАЛНА И ЛАПАРОСКОПСКА

Д. Дамянов, Д. Стойков

През дългогодишната практика като хирурзи се сблъскваме с фрапантни драматични случаи. През 1976 г. в Катедрата по хирургия на ИСУЛ на операционната маса почина 42-годишен мъж, подготвен за холецистектомия, развивайки алергичен шок, независимо от предходно тестване. Пет години по-късно 53-годишна лекарка със стомашна стеноза получи масивна тромбоемболия на операционната маса. Подобна смърт, но от дифузна микротромбоемболия, застигна 26-годишен мъж пет часа след операция за гинекомастия. Друг мъж на 30 години тип „културист“ загина 12 часа след херниотомия в учебната ни зала, където влязъл да пуши тайно. Оказа се, че взема големи дози анаболи. Участвах в анкетата на пациентка с масивна хеморагия след лезия на магистрален абдоминален съд от троакар при лапароскопска холецистектомия. Оказа се, че честотата на това усложнение е 0,006%.

През 1966 г. авторитетен колектив от професори-хирурзи създава монографията „Грешки и усложнения при хирургични операции“. Върху 702 страници са представени стотици неблагоприятния в общата и профилираните хирургически специалности, както и по видове операции. **Грешките и усложненията** в хирургията са свързани, но между тях няма равенство. Грешките могат да бъдат технически, тактически, диагностични, терапевтични и хирургични. Допускането на грешка по време на диагностиката и лечението на един хирургичен пациент не е проява на лош късмет за лекаря, а за болния. Няма физическа или техническа възможност всички грешки да бъдат предотвратени. Те могат да бъдат предвиждани, профилактирани, анализирани и изучавани. Могат да се търсят пътища да бъдат сведени до минимум, но не и гарантирано избягнати. Защото има неволни грешки, грешки от понижено внимание. Има обаче и грешки от незнание, от липса на опит и знания, от повишено самочувствие, от липса на хирургична ръка.

Усложненията могат да се развият при всяка операция и в работата на всеки хирург. Опитът за тяхното класифициране показва изключително многообразие в зависимост от принципа или показателя, по който възприемаме да ги подредим.

Преди всичко трябва да се посочи, че **според времето на получаването им** усложненията биват: а) предоперативни; б) интраоперативни; в) следоперативни – в ранния и в късния следоперативен период (до 30-я ден). Така се обособява голямата група на предоперативните усложнения, развили се преди болният да попадне в полезрението на лекар и хирург. Тези усложнения стават поводи за диагностични трудности и грешки и често очертават прогнозата и изхода от лечението, но се случват независимо от лекаря.

Хирургичните грешки и усложнения биват още: а) хирургични; б) свързани с други органи и системи извън оперирания орган. Според **начина на предизвикването им** биват: а) мануално предизвикани; б) инструментално предизвикани. Според вида на хирургичната намеса се разделят на: а) усложнения в конвенционалната хирургия; б) усложнения в миниинвазивната хирургия.

Усложненията се разпределят със своя специфика според хирургичната специалност, в която се случват:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| - неврохирургия | - детска хирургия |
| - лицево-челюстна хирургия | - ендокринна хирургия |
| - гръдна хирургия | - пласт.-възст. хирургия |
| - хирургия на хранопровода | - изгаряния |
| - хирургия на гърдата | - гнойна хирургия |
| - коремна хирургия | - урология |
| - сърдечна хирургия | - ортопедия |
| - съдова хирургия | - акушерство и гинекология |

Във всяка от тези специалности се обособяват усложнения **според органа**, който е обект на хирургичната намеса. Така в коремната хирургия могат да бъдат обособени:

- усложнения при херниотомии (предна коремна стена);

- усложнения при заболявания на кардио-езофагеалния ъгъл;
- усложнения при хирургия на хранопровода;
- усложнения в стомашно-дуоденалната хирургия;
- усложнения в чревната хирургия;
- усложнения в хирургичното лечение на апендикса;
- усложнения в хирургията на ануса и перинеума;
- усложнения в хирургията на жлъчната система;
- усложнения в хирургията на черния дроб;
- усложнения в хирургията на панкреаса;
- усложнения в хирургията на далака.

Нека да се опитаме да изброим възможните **усложнения само в една от рисковите области** на коремната хирургия – чревната:

- ранева инфекция;
- некротичен фасциит;
- интраабдоминален абсцес/абсцеси;
- инсуфициенция на шевове;
- перфорация на черво;
- нараняване на черво (термично, клампа, скалпел);
- перитонит;
- илеус;
- кръвене;
- исхемия;
- инконтиненция;
- разширена тънкочревна резекция (синдром на късото черво);
- следоперативни диарии (паучит, колоанална или илеоанална анастомоза);
- извеждане на стома;
- хлътване на стома;
- пролабиране на черво през стома;
- чревна фистула;
- дехисценция на оперативната рана;
- следоперативна херния/евентрация;
- пилефлебит, чернодробни абсцеси;
- сепсис, хроничесепсис;
- следоперативни анални проблеми (фисура, абсцес, фистула, пролапс);
- лезия на друг коремен орган (кървене, перитонит, фистула и др.);
- общи усложнения от други органи и системи;
- усложнения, свързани с позицията на операционната маса;
- усложнения, обусловени от анестезия;
- други.

Независимо от вида на хирургичната специалност и оперираните органи **усложненията биват**: инфекциозни, кръвоизливи, травматични, съдови, метаболитни и обменни, на нервната система, на сетивни органи, на сухожилия и сраствания, обтурация, прегъване, фистули, алергии, непълна онкологична техника и др.

При лечението на хирургично болни могат да се получат **порегица от усложнения**, свързани с:

- кръвопреливане и преливане на белтъчни разтвори;
- антибиотично лечение;
- алергия към медикаменти и контрастни вещества;
- инвазивни процедури и устройства;
- използван диагностичен и хирургичен инструментариум;
- придружаваща патология;

- нарушен метаболитен и водно-електролитен баланс;
- анестезия и провеждано интензивно лечение;
- използване на антикоагуланти и фибринолитици;
- йонизиращо лечение;
- нараняване и трансмисивни болести;
- болнична среда (нозокомиални) и др.

Не може да бъде пропусната голямата група на **общите усложнения**, свързани с други органи и системи (с или без регистрирана предоперативна коморбидност): дихателни усложнения, сърдечно-съдови, генитоуринарни, неврологични, гастроинтестинални, хепатобилиарни, ендокринни, свързани с УНГ и др.

За някои чести в практиката и важни за третирането области са създадени самостоятелни класификации. **Вътреболничната инфекция** включва (със статистика по S.F.Khuri et al., 1995).

1. Инфекциозни – общо 17,6
 - ранева инфекция – 5,1%
 - следоперативна пневмония – 3,6%
 - инфекция на уринарния тракт – 3,5%
 - инфекция на периферен венозен път – 3,4%
 - сепсис – 2,1%

2. Респираторни усложнения – общо 9,5%
 - пневмония – 3,6%
 - продължителна белодробна вентилация (над 48 часа) – 3,2%;
 - непланирана интубация – 2,4%;
 - БТЕ – 0,3%

3. Сърдечни усложнения – общо 4,5%
 - белодробен оток – 2,3%
 - сърдечен арест – 1,5%
 - миокарден инфаркт – 0,7%

Специалното значение на раневата инфекция наложи **съвременна класификация на Surgical Site Infection (SSI)**:

- а) повърхностно ниво (кожа, подкожие)
- б) дълбоко ниво (мускули и фасции)
- в) органно ниво (вътретелесни органи и пространства).

L. Voni et al (2006) сравняват SSI и белодробната инфекция **при конвенционални и лапароскопски операции** (таблица №1)

Таблица №1

Инфекция	Лапароскопска операция	Конвенционална операция
Ранева инфекция	1,1%	4%
Колоректална хирургия	5%	9,5%
Апендектомия	2%	8%
Белодробна инфекция	0,3%	3%

Няма хирургическа специалност, при която усложненията да спадат под 10-15%. М.А. Nealey et al (2002) посочват следните данни (таблица №2):

Таблица №2

показател	Обща хирургия	Обща хирургия и травма	Съдова хирургия	Кардиоторакална хирургия
Брой болни	1363	914	978	1403
Брой усложнения	413	295	409	378

Общо усложнения	30,3%	32,3%	42,4%	26,9%
„малки” усложнения	13,3%	13,5%	19,9%	13%
„големи” усложнения	16,2%	18,1%	21,1%	12,9%
смъртност	1,83%	2,28%	3,33%	3,34%

Въпросът за хирургичните грешки и усложнения никога не слиза от дневния ни ред. През последните години обаче практиката ни налага засилен интерес и нов поглед. През 2008 г. в Пловдив проведохме Национална хирургична конференция по темата със 126 доклада.

K.R. Venzel et al публикуват изследване върху проблема в една **университетска болница**. Само за два месеца при 192 болни регистрират усложнения у 75 от тях (39%). Усложненията са общо 144, от които фатални 2 (1%), животозастрашаващи – 10 (7%), тежки – 90 (6%), тривиални – 42 (29%). 112 (78%) от тези усложнения са свързани с операция, проведена при общо 171 от проучваните (89%). 137 са планово оперирани и усложнения получават 37 от тях (26%), а други 34 са оперирани по спешност, като 25 от тях развиват усложнения (74%). 30% от усложненията са директно свързани с операцията, 63% - индиректно, 7% - несвързани.

M. Jawaid et al (2005) описват ситуацията в една **общинска** по своя характер болница. Операциите са предимно спешни или планови със среден обем. От 411 оперирани (37,2% спешни) усложнения получават 122 болни (29,6%), а умират 4 (0,9%). T. Jakobson et al (2014) регистрират в **университетски онкологичен център** в Естония 33,5% усложнения при 507 онкологично оперирани, като оперативният риск е оценен като много висок при 44%. Вътреболничният леталитет е 2%, до 30-я ден достига – 5%, а до 90-а ден – 12,7%.

За всяко усложнение има **причина или причини, които са оценени, недооценени или пренебрегнати**. T. Jakobson et al (2014) извеждат като водещи фактори възраст над 70 г., ASA над III, дълготрайност на операцията над 130 минути, диуреза над 1300 мл. McNicol et al (2007) определят като водещи възраст над 70 г., ASA над III, коморбидност (установена при 70% от болните с усложнения), ниски белтъци и албумин, непланиран престой в ICU, сепсис, ОБН.

Kirchoff et al (2010) проучват факторите, увеличаващи риска от усложнения при 5833 болни, от които 28% развиват усложнения, а 5,7% са починали. Тези **рискови фактори** са: спешна хирургия, възраст, мъжки пол, ASA над III клас, малнутриция, анемия, опит на хирурга, интраоперативен кръвоизлив, карцином, продължителност на операцията, нараняване на черво, затлъстяване, прекаран миокарден инфаркт, сърдечна недостатъчност, загуба на тегло над 10%, неврологична коморбидност, хематокрит под 30%, употреба на стероиди, хипоалбуминемия, ХБН, ХОББ, уринарна инфекция, хронична кръвозагуба, ятрогенни лезии. Поддрждането е според степента на значимост на фактора. Като **стратегии, понижаващи риска от усложнения**, авторите предлагат:

1. Профилактика (антибиотична, антитромботична).
2. Кардиологична подготовка.
3. Лапароскопска операция или конверсия при необходимост.
4. Избор на хирург с опит и на болница с име.
5. Предоперативно почистване на червото.
6. Компенсиране на хемоглобина и белтъка.
7. Предпазване от ятрогенни лезии и интраоперативна кръвозагуба.
8. Протективна стома.
9. Избор на вид анастомоза.
10. Вид дренаж или отказ от дренаж.
11. Наблюдение, аналгезия, диета.
12. Срок и начин за третиране на усложненията.

За правилната комплексно оценка на общия риск хирургът има основен съюзник в лицето на **анестезиолога**. Това са двете лица, които носят основната отговорност, без да се пренебрегва

приносът на други консултанти, сред които водещ е кардиологът. По данни на F. Koeckerling et al (2002) зависимостта между оценката на оперативния риск и смъртността при 3480 болни с колоректална хирургия е следната (таблица №3):

Таблица №3

ASA	Изписани	Починали
I	244 (7%)	3 (1,4%)
II	1809 (52%)	29 (13,7%)
III	1345 (38,6%)	138 (65,4)
IV	82 (2,4%)	41 (19,4%)
общо	3480 (100%)	211 (100%)

В процеса на подготовка на този доклад се засили усещането, че хирургията е същата, но не е това, което беше. Съществен прогрес отбеляза **интензивното лечение**. Най-сериозен пробив бе осъществен в **хирургичните технологии** с появата на апаратура за миниинвазивна хирургия наред с усъвършенствани нови механични ушиватели, платна, шевен материал, апарати за рязане на тъкани и коагулиране на съдове и др. При навлизането на лапароскопията през 60-те и 70-те години като масова практика се отбелязват големи усложнения в 2,3%, малки усложнения – в 5,1% и смъртност от 0,5% (J.M. Philips, 1977). С навлизането на **лапароскопската хирургия** се оформят **специфични за нея усложнения**. Такива са: подкожен емфизем, преперитонеална инсуфлация, наранявания от иглата на Верес или от троакар на кореман орган или на кръвоносен съд, инфекция, каутеризация с лезия на черво, недостатъчен пневмоперитонеум и др. На конверсията се падат 3,2 – 5,3%. Кървенето се обособява като слабо, средно и силно и се предлагат различни техники за кръвоспиране. (таблица №4)

Таблица №4

Конвенционална операция	Лапароскопска операция
Слабо кървене Мануално притискане Тампонада с марля Каутеризация Лигатура	Слабо кървене Иригация Наблюдение 5-10 мин Каутеризация Клипс
Средно кървене Визуализация Иригация, измиване Идентификация на източника Каутеризация, лигатура	Средно кървене Визуализация Временен контрол, тампонада Иригация, идентификация на източника, клипс При неуспех - конверсия
Силно кървене Мануално захващане временно клампиране лигатура или шев на съд	Силно кървене Незабавна конверсия

Нараняването на вътрекореман орган се свързва с въвеждането на иглата на Верес и троакар, или при манипулации с каутеризиращи или механични инструменти. Честотата варира между 0,06 – 0,4%. A.A. Yuzpe (1990) отдава 42% от перфорациите на кух орган на иглата на Верес или на троакар. M.Mintz (1977) свързва 79% от нараняването на черво с инструмент. F.D. Loffler и D. Pent (1975) при ревю върху 56106 лапароскопии намират само 20 чревни перфорации. B.H. Thompson et al. (1973) при 3006 лапароскопски манипулации описват 11 инструментални наранявания и 10 термални. Най-често нараняваният орган е тънкото черво (включително дуоденум) – 43%, следван от черния дроб (20%), колон – 17% и др.

През последните години с нарастващата масовост на лапароскопската холецистектомия расте и честотата на **лезиите и стриктурите на жлъчните пътища**. Тяхната честота варира по литературни данни от 0,4 до 4 и дори до 7%. **Причината** за лезията на жлъчните пътища се търси в: променена анатомия на триъгълника на Кало, тежки сраствания и лоша ориентация, фибросклеротичен жлъчен мехур, къс и дебел дуктус цистикус при голям инклавирен камък, остър холецистит, масивна хеморагия и хемостаза „на сляпо”, анатомични вариетети, екстремна дисекция, обезитас III – IV степен. **Механизмите на нараняване** на жлъчните пътища са различни: частично или тотално клипсиране на хепатохоледоха, клипсиране на част от жлъчния канал заедно с дуктус цистикус или артерия цистика, налагане на лигатура/бримка при недобра видимост, зашипване и разкъсване, каутеризация, исхемия.

През последните години с ускорено темпо се развива и **лапароскопската колоректална хирургия**. При 3100 болни, оперирани за 4 години, R. Tang et al (2001) описват раневни инфекции при 4,7%. Колоректални анастомози са осъществени при 2491 болни, като инсуфициенция развиват 49 от тях (2%). F. Koeckerling et al (2002) описват при 3480 болни с колоректална лапароскопска хирургия 4,9% ранева инфекция, интраабдоминален абсцес – 1,2%, перитонит – 0,8%, пневмония – 5,1%, нараняване на пикочния мехур – 4,9%, при извършване на стандартна антибиотична и антитромботична профилактика. Ако такава не е извършвана, честотата на раневата инфекция нараства до 15,3%, а на пневмонията – до 12,9%. По сборни данни съобщават за следната честота на следоперативните усложнения. (таблица №5)

Таблица №5

Показател	Конвенционална хирургия	Лапароскопска хирургия
Брой болни	9477	3868
Брой клиники	282	63
Следоперативни усложнения	27,4%	15,5%
Следоперативна смъртност	5,7%	1,4%

J.L. Flowers предлага сборна статистика върху 561000 **лапароскопски апендектомии**. Различните автори регистрират усложнения при 10 – 25% и смъртност 0,18-08,%. Наблюдаваните усложнения са инфекция на коремната стена, интраабдоминален абсцес (1,1-4,3% при здрав апендикс и 15-20% при перфорирал); следоперативна температура (17%), продължителен следоперативен илеус (0,2-1,1%), фекална фистула, пилефлебит, дясна ингвинална херния.

Лапароскопската хирургия е нов тип познание и за ръцете, и за очите. Хирургът трябва да премине обучение за конвенционална хирургия средно 4 години, изпълнени с курсове, дежурства, оперативна практика като асистент и оператор. Смята се, че хирургът придобива сигурност в себе си като конвенционален оператор след 10-годишна практика в голямо хирургично отделение. **Правоспособност по лапароскопска хирургия** обаче получава след 2-3-5-дневен курс, изпълнен с лекции, наблюдения на операции, а в добрите случаи – участие в хирургичен екип и дори извършване на намеса върху експериментално животно. Смята се, че спад на броя на усложненията се наблюдава след 50 до 100 изпълнени лапароскопски процедури. Спад на броя на усложненията и на конверсиите се наблюдава след 250 лапароскопски операции. На базата на анализ на 12397 лапароскопски холецистектомии Skott et al (1992) отбелязват, че при първите 13 операции се наблюдават 12,2% от нараняванията на жлъчните пътища, а 81% от големите лезии на холедоха стават до първите 50 операции.

Хирургичната дейност, както и хирургичният труд, остават недостатъчно оценени при съвременния начин на разплащане чрез механизма на клиничните пътеки, а **следоперативните усложнения са носители на по-високи разходи**, успоредно с нарастващите морбидитет и морталитет. По данни на T.R. Vogel et al (2010) сепсисът е една от водещите причини за смърт в САЩ. Честотата на следоперативния сепсис е 11,6 случая на 1000 планови операции. 51,4% от тези пациенти са над 65 години. Средният болничен престой нараства 3 пъти и достига 18 дни. Средният разход на 1 болен нараства от 17229 долара на 57032 долара ($p < 0,0001$). Общите разходи в страната по повод следоперативен сепсис достигат 3,83 билиона долара при общо 40 милиона хирургични операции за 2006 г.

N.A. Khan et al (2006) след анализ на 7457 болни в Канада намират следоперативни усложнения при 6,9%. Раневата инфекция варира от 1,8-7%, следоперативната пневмония – от 0,7 до 3%, следоперативна хеморагия се регистрира при 1,8%, сърдечни усложнения – 1,3%, от които миокарден инфаркт в 0,5-1%. При развитие на следоперативни усложнения:

- общите болнични разходи нарастват със 110%;
- болничният престой става по-дълъг със 101%;
- разходите във връзка с всяко усложнение се увеличават между 41 и 112%;
- нараства леталитетът.

Няма да е пресилено да кажем, че хирургът работи сред непренебрежимо голям риск от предвидими и непредвидими опасности и рискове. По това работата му прилича на сапъора, за когото опасността е известна, а рискът – очакван. Никога не се знае дали стотната или хилядната мина няма да избухне, какви поражения ще нанесе, какви последици ще има. Ако влизайки в операционната хирургът мисли за десетките и стотици възможни грешки и усложнения, ще спре да работи или просто ще стане администратор и политик.

„Който не работи, той не греша“. Добра поговорка. Но близките на пациента най-често не посрещат полученото усложнение с философска мъдрост. Твърде често при болен с придружаваща патология, която го оприличава на прогнила отвътре и червива ябълка, чуваме репликата: „Нищо му нямаше на човека, толкова добре изглеждаше“. **Неизвестният за пациента и близките му риск е „несъществуващ“ риск.** А това трябва да заостри нашето внимание върху изискването да се говори с пациента и неговите близки, да се пише в медицинската документация и да има **реално информирано съгласие**. Сега използваният фиш за информирано съгласие в повечето болници е празен документ, който не защитава нито болницата, нито хирурга. Впечатляващ е и фактът от проучване на K.R. Venzel et al (2000) върху 192-ма болни в университетска болница като по време на самото проучване авторите намират 6% недокументирани от колегите им усложнения.

Когато се развие усложнение, днес в нашата страна хирургът се изправя **първо пред собствената си съвест**. Убеудили сме се, че вътрешният самоанализ най-често не е праволинеен, защото събужда рефлекс за самозащита. След това лекарят има трънлив път, по който може да се срещне с **анкетиращи, разследващи и наказателни институции**, както следва:

- а) близки на болния;
- б) лекарски колегиум в отделението или клиниката;
- в) болнична ЛКК;
- г) пациентски организации;
- д) адвокатско съсловие;
- е) МВР;
- ж) съдебна система (следствие, прокуратура, съд);
- з) съсловна организация, етична комисия на БЛС;
- и) Медицински одит (ИАМО);
- к) РЗИ;
- л) РЗОК, НЗОК;
- м) Министерство на здравеопазването;
- н) НС, Парламентарна комисия;
- о) омбудсман;
- п) застрахователно дружество;
- р) медии

Този списък, както и нарастващият негативизъм сред медиите и населението, обосновават липсата на кандидати за хирургическите специалности, миграцията на младите лекари, застаряването на хирургическата гилдия в България.

Книгопис:

1. Капитанов, Г., Б. Бойчев, Ст. Димитров, А. Червенаков, Ат. Атанасов. Грешки и усложнения при хирургичните операции. София, Медицина и физкултура, 1966, 702.

2. Сборник доклади от XVI Национална конференция по хирургия „Следоперативни усложнения в хирургията”. Пловдив, 2008, 711 стр.
3. Beiley, R.W., J.L.Flowers. Complications of Laparoscopic Surgery. Quality Med.Publ., St. Louis, Missouri, 1995, 416.
4. Boni, L., A. Benevento, F. Rovera et al. Infective complications in laparoscopic surgery. Surg. Inf. 2006, 7, Suppl.2 S109-11
5. Dindo, D., Demartines, N., Lavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann. Surg., 2004, 240, 205-13
6. Healey, M.A., S.R. Shackford, T.M. Osler et al. Complications in Surgical Patients. Arch. Surg., 137, 2002, 5, 611-618.
7. Jakobson, T., J. Karjagin, L. Vipp et al. Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. Medicina, 50, 2014, 111-117.
8. Jaward, M., Z. Masood, S.A.Iglal. Post-operative complications in a general surgical ward of a teaching hospital. Pak.J.Med.Sci., 22, 2005, 2, 171-175.
9. Kirchoff, Ph., P.-A. Clavien, D. Hahnloser. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. Patients Saf. Surg., 4, 2010, 5, 1-25.
10. Khan, N.A., H. Qnan, J.M. Bugar et al. Association of postoperative complications with hospital costs and length of stay in a tertiary Care center. J.Gen. Intern. Med., 21, 2006, 2, 177-180.
11. Koeckerling, F., I. Gastinger, H. Lippert. Komplikationen in der Kolorektalen Chirurgie – Vermeidung und Beherrschung. Science Med., Hannover, 2004, 354.
12. Martin, R.C. 2nd, Brennan M.F., Jaques D.P. Quality of complication reporting in the surgical literature. Ann. Surg., 2002, 235, 803-813.
13. McNicol, L., D.A. Stoey, K.Leslie et al. Postoperative complications and mortality in older patients having non-cardiac surgery at three Melbourne teaching hospitals. MJA, 186, 2007, 9, 447-452.
14. Tang, R., H.H. Chien, Y.L.Wang et al. Risk factors for surgical site infection after elective resection of the colon and rectum: a single-center prospective study of 2809 consecutive patients. Ann. Surg., 234, 2001, 2, 181-189
15. Vogel, T.R., V.Y. Dombrovskiy, J.L. Carson et al. Postoperative sepsis in the United States. Ann. Surg., 252, 2010, 6, 1065-71.
16. Wenzel, K.R., Ch. G. Jamison, J.B.A.Bohnen. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. CJS, 43, 2000, 2, 113-117.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

6. ХИРУРГИЧНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЧЕРНОДРОБНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Н. Владов, И. Такоров, В. Михайлов, И. Василевски, Ц. Луканова, Е. Одисеева, К. Кацаров***

Клиника чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, Клиника по анестезиология и интензивно лечение*, Клиника по гастроентерология и хепатология**

ВМА - София

Усложненията след чернодробна трансплантация могат да се проявят в различен интервал след операцията. Хирургичните усложнения заемат сигнификантно място сред ранните усложнения. Основните компликации изискващи хирургична намеса в постоперативния период са хеморагията, съдовите и билиарните усложнения.

За периода април 2007 – януари 2017 година в Клиниката по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология на ВМА са извършени 56 ортотопични чернодробни трансплантации от трупен донор и 2 трансплантации от жив донор. Пациентите са проследени ретроспективно и проспективно, като следоперативните усложнения са разделени на ранни и късни според времето на проява.

Най-честото хирургично усложнение в ранния следоперативен период е интраабдоминално кървене при 18,8% от пациентите, следвано от билиарен теч – 16,7%, интраабдоминална колекция – 10,4%, супурация на оперативната рана – 8,3%, билиарна стеноза – 6,3%, тромбоза на хепаталната артерия – 6,3%, спонтанна перфорация на тънко черво – 4,1% и тромбоза на хепаталните вени – 2,1%. При 39,6% от пациентите се е наложила една или повече реоперации, като средният им брой е 3, варира между 1 и 13. Осъществена е една ретрансплантация на пети месец по повод на стеноза на хепаталната артерия. Хирургичните усложнения се срещат по-често при пациентите с вторична билиарна цироза ($p < 0,01$), както и сред тези с цироза, причинена от хепатит С ($p < 0,1$).

Своевременното установяване и правилното менажиране на хирургичните усложнения е изключително важно за съхранение на функцията на графта и преживяемостта на реципиента.

7. СТРУКТУРА НА ПЕРИОПЕРАТИВНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СИНХРОННИ МУЛТИВИСЦЕРАЛНИ И ЧЕРНОДРОБНИ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОД ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ КРК

В. Маринов, К. Драганов, Р. Гайдарски, Н. Кътев

Клиника по Чернодробно-Жлъчна, Панкреатична и Обща Хирургия, „Токуда Болница София“ ЕАД.

РЕЗЮМЕ.

Въведение. Постоянно увеличаващата се честота на КРК и липсата на адекватни скринингови програми резултират в късна диагностика на това заболяване. Случаите на локално и системно авансирало заболяване са ежедневие. Ангажирането на чения дроб най-често е следствие на синхронни метастази. Не е казуистика обаче, директната инфилтрация от локално авансирал първичен процес развил се в супраемезоколичната част на дебелото черво. Едноетапната първична и синхронна чернодробна резекция остава една от най-добрите възможности за повлияване на заболяването при тези пациенти.

Цел. Да се анализира периперативния морбидитет при пациентите със синхронни мултивисцерални и чернодробни резекции.

Материал и метод. Дискутират се периперативните резултати на група от 31 пациенти с извършени мултивисцерални и синхронни чернодробни резекции по повод локално авансирал първичен или рецидивен КРК за период от 7г.

Резултати. Периперативният морбидитет възлиза на 25.8%. При анализа на структурата на усложненията може да се достигне до заключението, че те са предимно общо хирургични или по-скоро се дължат на проведените мултивисцерални резекции. Не са наблюдавани усложнения от страна на черния дроб. Периперативният леталитет възлиза на 0%.

Ключови думи: морбидитет, синхронни, чернодробна резекция, КРК, авансирал.

УВОД. Извършването на синхронна мултивисцерална и чернодробна резекция при пациенти с локално авансирал КРК и ангажиране на черния дроб е сериозно предизвикателство за хирургичния екип. По-често се наблюдава вторично ангажиране на черния дроб, но директната инфилтрация от първичния процес не е казуистика. Изхождайки от факта, че обикновено се касае за възрастни пациенти с множество придружаващи заболявания вземането на решение за извършване на подобна голяма по обем оперативна интервенция е трудно. В литературата не са открити серии на пациенти с извършени едноетапни мултивисцерални и синхронни чернодробни резекции.

ЦЕЛ. Да бъде анализирана структурата на периперативните усложнения при пациенти с извършени едноетапни мултивисцерални и синхронни чернодробни резекции по повод първичен и рецидивен локално авансирал КРК в специализирана клиника по хепато-билиарна и панкреасна хирургия, в опит за постигане на хирургична радикалност.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД. В хода на ретроспективно проучване на група от 253 пациента с локално авансирал първичен и рецидивен КРК за период от 7 години (Януари 2007 – Декември 2013) в Клиника по Чернодробно-Жлъчна, Панкреатична и Обща Хирургия на Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница София ЕАД е обособена кохорта от 31 болни при които е извършена едноетапна

синхронна мултивисцерална и чернодробна резекция в опит за постигане на хирургична радикалност. Анализирани са периоперативните резултати по пол, възраст, придружаващи заболявания, продължителност на оперативните интервенции, структура и характеристика на периоперативния морбидитет.

РЕЗУЛТАТИ. Структурата и разпределението на пациентите по пол и възраст е съпоставимо с това в общата група от пациенти оперирани по повод локално авансираал КРК. Средната възраст е 63.8г.

Локализацията на заболяването е както следва: Десен колон – 4; Дясна флексура – 5; Трансверзум – 1; лява флексура – 2; Сигма – 5; Ректум – 3; Десен хипохондриум – 2; ляв хипохондриум – 4; Мезогастриум – 3; Таз – 2. Посочените анатомични региони – ляв, десен хипохондриум, мезогастриум, таз се отнасят за случаите на локално рецидивен КРК. Относително високият брой на заболяването с локализация в супрамезоколичната част на дебелото черво (дясна, лява флексура, трансверзум) – 8 се дължи на факта, че всички случаи на директна инфилтрация на черния дроб са именно с тази локализация.

В групата при 7 болни е извършена първична чернодробна намеса в хода на en-block резекция при локална инфилтрация от първичното заболяване. При всички останали случаи са проведени синхронни чернодробни резекции (метастазектомии, сегментектомии) при солитарни чернодробни метастази. Не са били провеждани големи анатомични резекции на черния дроб.

При резекцията на локално авансиралото заболяване е била извършена намеса върху 1 до 6 съседни органа или анатомични структури. С най-голям обем и сложност са намесите при заболяване локализирано в горния коремен етаж.

Продължителността на оперативните интервенции е между 180 и 450 минути. Средната продължителност е 276 мин.

Периоперативно е била извършена хемотрансфузия на 0 до 8Е еритроцитен концентрат или средно от 1,5Е.

Болничният престой е между 7 и 18 дни. Средният болничен престой възлиза на 9,7 дни.

Периоперативният морбидитет възлиза на 25,8% или усложнения са регистрирани при 8 пациенти. Структурата на усложненията е както следва: Супурация на оперативната рана – 5; Плеврален излив и уринарна фистула при един пациент; Остра психоза – 2; Панкреатична фистула grade A при един пациент; пристъпно предсърдно мъждене при един пациент. При 3 болни са наблюдавани повече от едно усложнение.

Уринарната и панкреасна фистули са свързани с проведените мултивисцерални резекции. При пациента с уринарна фистула се е наложила реоперация със стентирание на ляв уретер. Панкреасната фистула е възникнала след лява резекция на панкреаса и е третирана консервативно. С най-голяма честота са наблюдавани супурации на оперативната рана, дължащи се на първичната контаминация свързана с дебелочревните резекции. Не са отбелязани усложнения произтичащи от намесите върху черния дроб.

В проучваната група няма починали пациенти. Периоперативен леталитет – 0%.

ОБСЪЖДАНЕ. Извършването на мултивисцерални резекции сериозно предизвикателство за хирургичния екип (1) и е единствена опция за постигане на добри далечни резултати при пациенти с локално авансирал КРК.

Честотата на локално авансиралия КРК остава висока (между 5% и 22%) по време на диагнозата (2,3).

В литературата лисват ясно дефинирани насоки за хирургично поведение при пациенти с локално авансирал КРК и синхронно засягане на черния дроб, както по отношение на чернодробни резекции в хода на мултивисцерална операция, така и при синхронни ЧМ. Откриват се проспективни, ретроспективни и по-рядко рандомизирани проучвания върху терапевтичните стратегии при синхронни чернодробни метастази от КРК без локално авансиране.

Откриват се проучвания за периоперативни резултати по отношение на морбидитет от 5% - 48% при извършване на синхронни малки резекции на черен дроб и ТЗ КРК, като в сериите морталитетът възлиза на 0% - 5% (4-6).

Всички посочени в литературата подходи за лечение на КРК и синхронни чернодробни метастази като неoadювантна терапия с последваща резекция, синхронна първична резекция, liver first и др,

са дискутирани в контекста на Т3 първичен тумор (7-11). Тези серии не разглеждат терапевтични стратегии при пациенти с локално авансирал Т4 тумор, където рискът от усложнения по отношение на първичното заболяване е голям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Докладваните в настоящата серия периперативни резултати по отношение усложненията (25,8%) и смъртността (0%), както и среден болничен престой (9,7 дни) за пациенти със синхронни мултивисцерални и чернодробни резекции могат да служат като база за бъдещи сравнителни студии. Структурата на усложненията по-скоро се доминира от общо хирургични такива при липса на усложнения свързани с чернодробната резекция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маринов В, Драганов К, Гайдарски Р и сътр. Потенциално куративни мултивисцерални резекции при локално авансирал коло-ректален рак. XIV Национална конференция по колопроктология с международно участие. Варна 01 – 03. 10. 2015г.
2. Gebhardt C, Meyer W, Rukriegel S, Merier U. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma. *Langenbeck's Arch Surg.* 1999;384:194–9.
3. Kapoor S, Das B, Pal S, Sahni P, Chattopadhyay TK. En bloc resection of right-sided colonic adenocarcinoma with adjacent organ invasion. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21:265–268.
4. 15. de Haas RJ, Adam R, Wicherts DA, Azoulay D, Bismuth H, Vibert E, Salloum C, Perdigao F, Benkabbou A, Castaing D. Comparison of simultaneous or delayed liver surgery for limited synchronous colorectal metastases. *Br J Surg.* 2010;97:1279–
5. Fahy BN, Fischer CP. Synchronous resection of colorectal primary and hepatic metastasis. *J Gastrointest Oncol.* 2012;3:48–58.
6. Grundmann RT. Current state of surgical treatment of liver metastases from colorectal cancer. *World J Gastrointest Surg.* 2011;3:183–196.
7. Tsoulfas G, Pramateftakis MG. Management of rectal cancer and liver metastatic disease: which comes first? *Int J Surg Oncol.* 2012;2012:196908. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
8. Lehmann K, Rickenbacher A, Weber A, Pestalozzi BC, Clavien PA. Chemotherapy before liver resection of colorectal metastases: friend or foe? *Ann Surg.* 2012;255:237–247. [[PubMed](#)]
9. Benoist S, Brouquet A, Penna C, Julié C, El Hajjam M, Chagnon S, Mitry E, Rougier P, Nordlinger B. Complete response of colorectal liver metastases after chemotherapy: does it mean cure? *J Clin Oncol.* 2006;24:3939–3945. [[PubMed](#)]
10. Mentha G, Terraz S, Morel P, Andres A, Giostra E, Roth A, Rubbia-Brandt L, Majno P. Dangerous halo after neoadjuvant chemotherapy and two-step hepatectomy for colorectal liver metastases. *Br J Surg.* 2009;96:95–103. [[PubMed](#)]
11. Tanaka K, Takakura H, Takeda K, Matsuo K, Nagano Y, Endo I. Importance of complete pathologic response to prehepatectomy chemotherapy in treating colorectal cancer metastases. *Ann Surg.* 2009;250:935–942. [[PubMed](#)]

8.

9.

10.

11. ПОСТОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЧЕРНОДРОБНА ХИРУРГИЯ

И. Василевски, И.Такоров, В. Михайлов, Ц.Луканова, Н. Владов

Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, ВМА-София

През последните 20 години безопасността на чернодробната хирургия значително се подобри. В скорошни големи многоцентрови проучвания се посочва морбидитет от 19,6% до 45% и смъртност от 0% до 4,4%. Наблюдава се и значително намаляване на заболяемостта и смъртността в течение на времето, въпреки постоянното разширяване на индикациите за хепатектомия. Цел на проучването е преглед и анализ на радикално извършените чернодробни резекции (ЧР) в нашата клиника.

За периода 2004-2015 година в клиниката по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология към ВМА-София са извършени 710 радикални ЧР. Разпределени по групи са както следва: 123 по повод на хепатоцелуларен карцином (НСС), 302 по повод на колоректални

чернодробни метастази (КРЧМ), 85 по повод на неколоректални чернодробни метастази (НКРЧМ), 12 по повод карцином на Klatzkin, 14–холангиокарцином, 21-карцином на жлъчния мехур, 6-хепатобластом, 57- доброкачествени заболявания.

Извършени са 240 големи ЧР - 41% от групата с НСС, 27% от групата с КРЧМ, 24% от групата с НКРЧМ. Постоперативната смъртност за цялата група е 1.7%, като представлява 5% от пациентите с голяма ЧР. Следоперативни усложнения се наблюдават при 52 операции. Установихме незначителни усложнения (Clavien-Dindo-I,II): ефузия, пневмония, следоперативна чревна непроходимост и други в 59,5%; умерени усложнения (Clavien-Dindo-III): интраабдоминален абсцес, инсуфициенция на чревна анастомоза, кървене в 21,6%, и тежки септични усложнения в 20.5%. Извършихме статистически анализ на няколко фактори, като причина за постоперативните усложнения: вид и обем на ЧР, използване на мултимодални подходи, кръвозагуба и други, като единствено обема на ЧР - разширена дясна и дясна хепатектомия са значими ($p < 0.010$ и $p < 0.04$). Подобриенето на следоперативните резултати може да се обясни с нарастналата специализация в чернодробната хирургия и концентрирането и във високо-обемни центрове, по-добрата селекция на пациентите и напредъка в хирургичната техника.

12. УВРЕДА И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЖЛЪЧНИТЕ ПЪТИЩА ПРИ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

Г.Костов¹, Р.Димов¹, В.Иванов², Р.Кънчев², В.Маринов³, Б.Боев², Ст. Спасов²,

¹Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“, УМБАЛ Каспела, Клиника по хирургия

²УМБАЛ Каспела, Клиника по хирургия

³Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропедевтика на хирургичните болести“, УМБАЛ Каспела, Клиника по хирургия.

Увод: Нараняването на жлъчните пътища е тежко и животозастрашаващо усложнение, възникващо в хода на холецистектомия. След навлизането на лапароскопската хирургия честотата на нараняване на жлъчните пътища остава висока. Според множество серии то се движи в рамките на 0.5-0.6% ,което на пръв поглед е незначително, но ако се вземе предвид големия брой холецистектомии извършвани ежегодно се вижда значимостта на това усложнение.

Материали и методи: В проучването са включени всички пациенти с възстановяване на лезии на жлъчните пътища преминали през Клиниката по хирургия на УМБАЛ“Каспела“-Пловдив за период от 2 години. Информацията бе събрана от История на заболяването, оперативните протоколи и протоколите от контролните прегледи.

Резултати: През този времеви интервал през клиниката са преминали 12 пациенти с нараняване на жлъчните пътища. Половото разпределение е девет жени и 3-ма мъже. Средната възраст на пациентите бе 68/+12/години. В два от случаите нараняването на хепатикохоледоха възникна в хода на лапароскопска холецистектомия осъществена в нашата клиника, бе интраоперативно разпознато, при което се осъществи моментално възстановяване на жлъчните пътища .Останалите десет пациенти постъпиха от други лечебни заведения средно една седмица след получаване на увредата. При тях нивото и вида на увредата бе установена с ERCP и РТС. Билиарните увреди класифицирахме по Corlette-Bismuth classification.

Дискусия: Лечението на пациентите с нараняване на жлъчните пътища е сериозен проблем който е в правопрпорционална зависимост от времето изминало от нараняването до неговото диагностициране и нивото на увреда. Основните проблеми за разрешаване са справяне с жлъчния перитонит, сепсиса, осигуряване на суфициентна нутриция, адекватна диагностика и добра оперативна техника.

13. УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

*П. Чернополски, В. Драганова, Д. Чаушев,
В. Божков, И. Плачков, Т. Иванов, А. Лисничков, Р. Маджов*

Втора клиника по хирургия

Катедра по Хирургически болести
УМБАЛ “Св. Марина”, МУ – Варна

Абстракт:

Жлъчно-каменната болест и болестите засягащи жлъчния мехур са един от всекидневните проблеми в хирургичната практика. Усложненията след холецистектомия - лапароскопска или конвенционална, често извършвана в условията на спешност продължават да бъдат от водещо значение в съвременната хирургия, превръщайки се в проблем, оказващ значителни негативни икономически, социални и медицински ефекти.

За периода 2014– 2016 г. в клиниката са извършени 471 холецистектомии, от които 185 лапароскопски, 98 конвенционални и 188 придружени с интервенция на жлъчни пътища. Съотношението жени : мъже = 1,67:1. Възрастта на болните варира от 20 г. до 90 г., като при всички пациенти е установена анамнеза и клинична картина за ЖКБ и остро или хронично възпаление на жлъчния мехур. Пациентите са оперирани в планов и спешен порядък.

Основните усложнения са свързани с наличие на изтичане на жлъчка от контактните дренажи, билиом, чревна пареза, формиране на абсцес в ложето на жлъчния мехур или черния дроб, постоперативно кървене, инфекция на оперативната рана.

Ключови думи: холецистектомия, абсцес, усложнения

Увод:

Жлъчно-каменната болест и болестите засягащи жлъчния мехур са един от всекидневните проблеми в хирургичната практика. Усложненията след холецистектомия - лапароскопска или конвенционална, често извършвана в условията на спешност продължават да бъдат от водещо значение в съвременната хирургия, превръщайки се в проблем оказващ значителни негативни икономически, социални и медицински ефекти.

Цел

Да споделим собствения опит в лечебно-диагностичната стратегия при тези усложнения с оглед създаване на алгоритъм за тяхното предотвратяване.

Материал и методи:

За периода 2014 – 2016 г. в клиниката са извършени 471 холецистектомии, от които 185 лапароскопски, 98 конвенционални и 188 придружени с интервенция на жлъчни пътища. Съотношението жени : мъже = 1,67:1. Възрастта на болните варира от 20 г. до 90 г., като при всички пациенти е установена анамнеза и клинична картина за ЖКБ и остро или хронично възпаление на жлъчния мехур. Пациентите са оперирани в планов и спешен порядък.

Поради отсъствието на стандартна класификация за наличните усложнения, не е изненадващо, че публикуваните усложнения се различават значително - между 1,3% и 39,7% в различните серии.

Класификацията на усложненията сме направили в зависимост от периода на тяхната поява – за ранни приемаме тези до 30th ден, вида на извършваната оперативна интервенция – лапароскопска или конвенционална, и в зависимост от това дали усложненията се дължат непосредствено на хирургичната интервенция или са системен отговор на организма вследствие на обостряне на съществуващи хронични заболявания или състояния, което обикновено се проявява в ранния следоперативен период (табл. 1).

Табл. 1: Класификация на усложненията след холецистектомия.

		Лапароскопска холецистектомия - 185	Конвенционална холецистектомия с или без ревизия на ЕХЖП - 286
Ранни (до 30^{ти} ден)	хирургични	- лезия на ЕХЖП -3 - абсцес на черен дроб - 1 - хемоперитонеум – 1 - билиарен перитонит-1 - интраабдоминален абсцес- 1 - илеус-3	- субфреничен абсцес – 3 - билиома – 3 - абсцес на черен дроб -1 - интраабдоминална хеморагия -1 - абсцес на коремна стена -1 - абсцес на гръден кош – 1 - дислокация на Керов дрен – 1 - лезия на д. хепатикус комунис - 1 - панкреатитис некротиканс – 1 - перфорация на тънко черво - 1 - супурацио вулнерис – 1
	системни	0	- ритъмни нарушения - 3 - хепато-ренален синдром -2 - дихателна недостатъчност – 9 - БТЕ -2 - плеврален излив – 4 - хеморагичен мозъчен инфаркт – 1 - полиорганна недостатъчност -2 - екзитус леталис - 9
Късни (след 30^{ти} ден)	хирургични	- лезия на ЕХЖП – 1 - панкреатит – 2 - абсцес на черен дроб -3 - холедохолитиаза -2 - стенозиращ папилит – 1 - дуктус цистикус ремнант -1 - холангит – 4 - илеус -1 - постоперативна херния -5	- постоперативна херния – 15 - холангит – 20 - склерозиращ холангит – 1 - стенозиращ папилит – 5 - стенозис д. хепатикус комунис – 1 - илеус – 1 - абсцес на панкреаса – 1 - интраабдоминален абсцес - 2 - абсцес на черен дроб – 6 - билиома – 1 - анастомозит – 1 - резидуална холедохолитиаза – 1 - панкреатит – 1
	системни	0	0

Дискусия

Усложненията се използват като основа за оценка на подобренията в съвременната хирургична практика, за избор на възможности за поведение и за сравняване на резултатите в индивидуалните центрове и между отделните центрове. Възможността за усложнения често е източник на страх за пациента, и този въпрос представлява съществена част от предоперативната дискусия, водеща до информирано съгласие.

Негативните резултати след хирургическа интервенция могат да се разделят в 3 големи групи – усложнения, последствия и неуспехи на лечението.

Усложнения - според различните медицински речници представляват – отклонения от идеалния курс и склонност към ограничаване или забавяне на пълното възстановяване; предизвикващи промени в подхода към пациента (диагностични и лечебни); предизвикват болестност; появяват се по време на процедурата или в периода на възстановяване след нея.

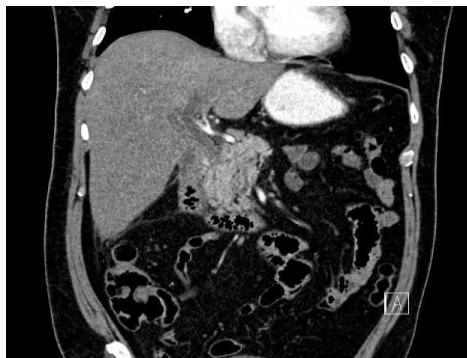
Последиствия – негативен резултат, подобно на усложненията, но могат да се появят след възстановяването от процедурата и да останат за постоянно. Отличаващата черта е, че проблемът обикновено е присъщ на процедурата.

Неуспехи на терапията – съществената цел на процедурата не е изпълнена (резидуална литиаза в общия жлъчен канал след холецистектомия).

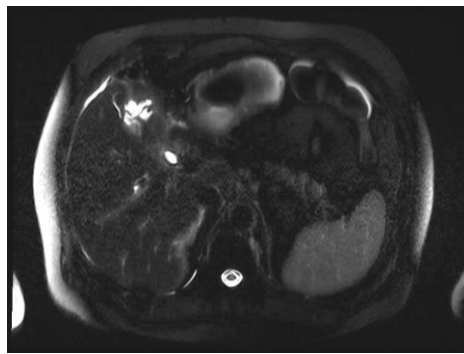
Рисковите фактори, които сме установили при собствената серия пациенти допринасящи за усложнения след холецистектомия са напреднала възраст, мъжки пол, затлъстяване, сърдечно-съдови заболявания, диабет, имунологични нарушения, чернодробна цирроза.

Нашето проучване показва увеличение на честотата на следоперативните усложнения при холецистектомия, дължащо се на постоянно нарастващия брой случаи постъпили за оперативна интервенция, тежестта на възпалението на жлъчния мехур, дължаща се на продължителното антибиотично лечение или късния контакт на пациента с хирург, увеличаване на възрастта на пациентите. Не трябва да се подминава и факта, че приемът е в университетска болница. Най-вероятното обяснение е, че част от случаите в университетските болници се правят от по-малко опитни лекари с цел обучение, или това че е налице селекция от най-трудните случаи за операция в такива болници.

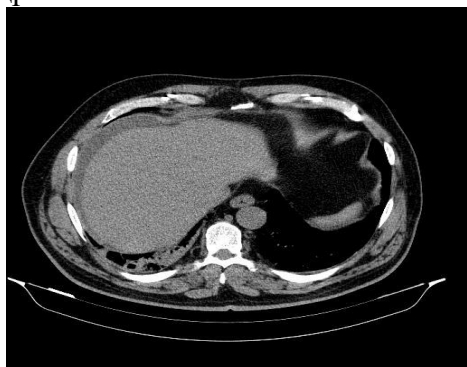
Благодарение на съвременния набор от диагностични възможности установяването на голяма част от усложненията е било сравнително бързо, като освен на клиничните и лабораторните показатели, основно е използвана образна диагностика – ултрасонография, компютърна томография, магнитно-резонансно изследване (фиг. 1-4).



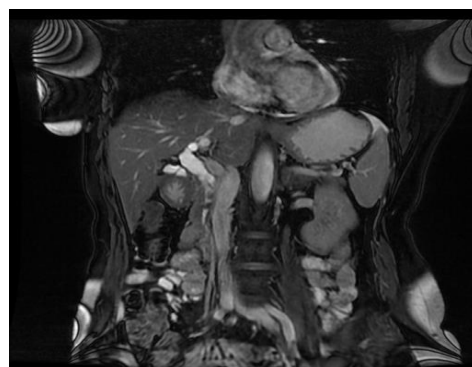
Фиг. 1 – КТ - абсцес в ложето на черен дроб



Фиг. 2 – МРТ - абсцес в ложето на черен дроб



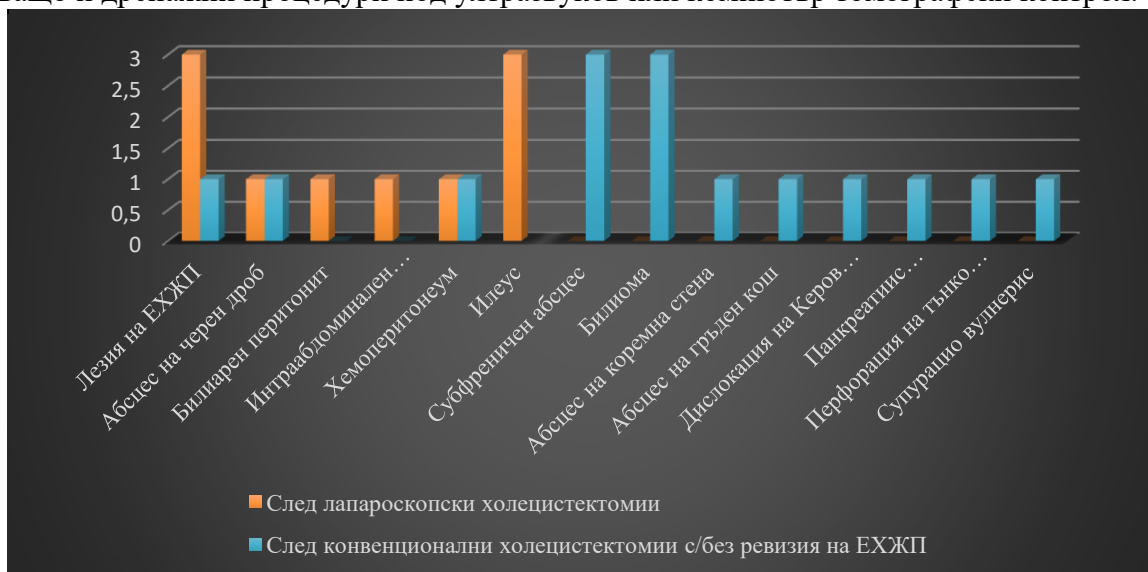
Фиг. 3 – КТ - билиом след холецистектомия



Фиг. 4 – МРТ - дуктус цистикус

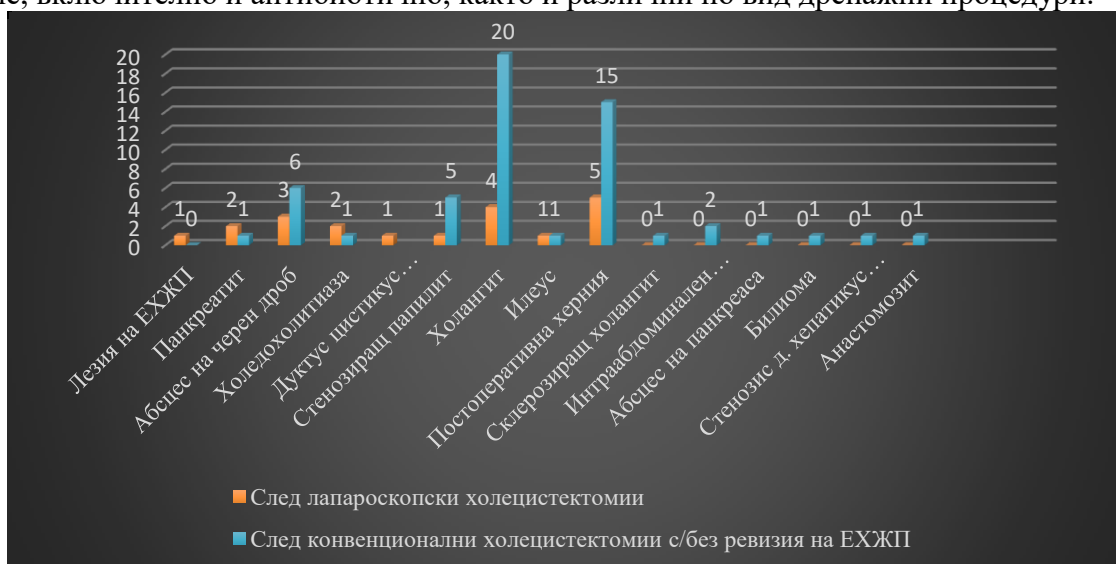
От извършения анализ на получените усложнения прави впечатление по-високата честота при конвенционалните холецистектомии, с или без ревизия на ЕХЖП. Това се дължи както на по-големият брой този тип оперативни интервенции, така и на факта, че конвенционални холецистектомии са извършвани предимно при пациенти с много тежка форма на холецистит, неясна анатомия на ЕХЖП или налични локални усложнения на болестта – чернодробен абсцес, локален перитонит, фистула към кух кореман орган, синдром на Mirizzi.

Най-сериозните ранни усложнения, установени в собствената серия пациенти (фиг. 4) са свързани с ятрогенни лезии на жлъчните пътища по време на извършваната оперативна интервенция, довело до повторна интервенция свързана с реконструкция на жлъчните пътища по типа Roux-en-Y в 4 от случаите. Повторна оперативна интервенция сме извършили и в случаите с билиарен перитонит, перфорация на тънко черво, некротичен панкреатит, хемоперитонеум и дислоцирания Керов дрен. При останалите усложнения е проведено консервативно лечение, включващо и дренажни процедури под ултразвуков или компютър томографски контрол.



Фиг.1. Ранни усложнения след лапароскопски/конвенционални холецистектомии при пациенти на Втора клиника по хирургия за периода 2014-2016г.

По отношение на късните усложнения най-сериозните са свързани отново с лезии на ЕХЖП, абсцес на панкреаса, остатъчен дуктус цистикус с конкремент в него, резидуална холедохолитиаза, неразпозната по време на първата оперативна интервенция, което е наложило повторна оперативна интервенция. Оперативна интервенция в планов порядък е извършена и при всички пациенти с постоперативна херния. В останалите случаи е проведено консервативно лечение, включително и антибиотично, както и различни по вид дренажни процедури.



Фиг.2. Късни усложнения след лапароскопски/конвенционални холецистектомии при пациенти на Втора клиника по хирургия за периода 2014-2016г.

Заклучение

Появата на усложнения след холецистектомия и ревизия на жлъчните пътища изисква внимателно разбиране на механизмите на възникването им, добра предоперативна оценка, както и

мултидисциплинарен подход. Най-добрата тактика срещу появата на усложнения е превенцията чрез добра хирургическа техника, правилна идентификация на анатомичните структури, а при появата им – по възможност корекция по време на оперативната интервенция.

Литература:

1. Branum G., M.D., C. Schmitt, M.D., J. Baillie, M.D., P. Suhocki, M.D., M. Baker, M.D., A. Davidoff, M.D., S. Branch, M.D., R. Chari, M.D., G. Cucchiaro, M.D., E. Murray, R.N., T. Pappas, M.D., P. Cotton, M.D., and W. C. Meyers, M.D. Management of Major Biliary Complications After Laparoscopic Cholecystectomy. ANNALS OF SURGERY Vol. 217, No. 5, 532-541
2. David R. Fletcher, MD, FRACS, Michael S.T. Hobbs, DPhil, FRACP, Patrick Tan, MBBS, FRACS, Liora J. Valinsky, BSc(Hons), MPH, Richard L. Hockey, BSc, Terri J. Pikora, BHSc, Matthew W. Knuiman, PhD, Harry J. Sheiner, MS, FRCS, FRACS, and Anthony Edis, MD, FRCS, FRACS. Complications of Cholecystectomy: Risks of the Laparoscopic Approach and Protective Effects of Operative Cholangiography ANNALS OF SURGERY. Vol. 229, No. 4, 449-457.
3. Gerhard R. Jatzko, M.D., Peter H. Lisborg, M.D., Alexander M. Pertl, M.D., and Haro M. Stettner, Ph.D. Multivariate Comparison of Complications After Laparoscopic Cholecystectomy and Open Cholecystectomy. ANNALS OF SURGERY Vol. 221, No. 4, 381-386
4. Judy A. Shea, Ph.D., Michael J. Healey, B.S., Jesse A. Berlin, Sc.D., John R. Clarke, M.D., Peter F. Malet, M.D., Rudolf N. Staroscik, M.D., J. Sanford Schwartz, M.D., and Sankey V. Williams, M.D. Mortality and Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy. ANNALS OF SURGERY. Vol. 224, No. 5, 609-620
5. McSherry CK. Cholecystectomy: the gold standard. Am J Surg 1989; 174-178.
6. Pierre-Alain Clavien, M.D., Ph.D., Juan R. Sanabria, M.D., Gilles Mentha, M.D., Francois Borst, M.D., Leo Buhler, M.D., Bruno Roche, M.D., Robert Cywes, M.D., Robert Tibshirani, Ph.D., Adrien Rohner, M.D., and Steven M. Strasberg, M.D, F.R.C.S. Recent Results of Elective Open Cholecystectomy in a North American and a European Center. ANNALS OF SURGERY Vol. 216 a No. 6, 618-626
7. Pierre Alain Clavien, MD, Juan R. Sanabria, MD, Steven M. Strasberg, MD. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. Surgery , vol. 111, No 5, pp – 518-526, May 1992

14. МЕТОДИ И ПОХВАТИ ЗА ИЗБЯГВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯТА ПРИ ЛАПАРОСКОПСКА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ - НАШИЯТ ОПИТ

Гърбев Г., (София) , Живков И. (София) , Георгиева С. (София)

Въведение: С развитието на апаратурата и техниката, лапароскопският подход при лечение на множество хирургични заболявания се отвърждава все повече. Не може да се отрече, че лапароскопската холецистектомия е основата, върху която множество лапароскопски хирургични интервенции, бяха разработени и в последствие прилагани все по-често. Въпреки изключително големият брой лапароскопски интервенции прилагани за лечението на различни заболявания, единствено лапароскопската холецистектомия е утвърден „златен” стандарт в хирургията. През последните двадесет години по целия свят се извършват все по-голям брой лапароскопски холецистектомии, от друга страна четотата на усложненията видимо и значително намалява с добиването на опит и умения за идентификация на проблемите по време на интервенцията и едновременното справяне с настъпилите интраоперативно усложнения. По литературни данни за периода 1990-1995 година, честотата на усложненията при лапароскопска холецистектомия е била 2-5%, а за периода 1996-2004 гдона установената честота на усложненията е 0,5-0,8%. През 2009 година, публикуваната честота на усложненията при лапароскопска холцистектомия в световен мащаб е 0,3-0,7%. Едновременно с повишаване на четотата на лапароскопските холецистектомии се установява понижаване на честотата на конверсия при установено интраоперативно усложнение, което най-вероятно се дължи както на уменията и опита на хирургичния екип за справяне с настъпилите усложнения, така и с намаляващата честота на тежки, неовладими с възможностите на лапароскопската техника усложнения.

Цел: Да се представи обзор на литературата и собствен опит при лапароскопска холецистектомия и методи и похвати за превенция и справяне с усложнения.

Материал и методи: Представен е обзор на медицинската литература и собствен клиничен материал.

Систематизирането на възможните усложнения при лапароскопска холецистектомия, дава възможност за изработване на алгоритъм за справяне с настъпилите усложнения и същевременно основа за всеки хирург, извършващ тази интервенция, благодарение на което вниманието на хирурга и екипа е насочено към белези за наличие на усложнения на всеки етап от оперативната интервенция. В практиката се утвърдиха две основни системи за класификация на усложненията при лапароскопска холецистектомия. Едната е базирана на групирането на самите усложнения според нанесената увреда на органи и системи, а другата е базирана на времето за проява на настъпилите усложнения.

В нашата практика ние използваме модифицирана класификация на усложненията представена на таблица 1.

Таблица 1: Класификация на усложнения при лапароскопска холецистектомия

Ранни усложнения		Късни усложнения
Увреда на коремнен орган	Дуоденум	
	Тънко черво	
	Дебело черво	
	Черен дроб	
Хеморагия	интраоперативна	Клип асоциирана литиаза на Ductus cysticus
Билеорагия	постоперативна	
Билеорагия	без увреда на жлъчните пътища	
Задържани конкременти	с увреда на жлъчните пътища	
	В коремната кухина	
	В жлъчните пътища	

По данни от литературния обзор се забелязва значителна промяна в честотата на различните усложнения при лапароскопска холецистектомия със значително намаляване на честотата на случаите със задържани конкременти и увреда на други коремни органи по време на интервенцията. Установява се и значително намаляване на честотата на увреда на жлъчните пътища, но все още по-висока спрямо резултатите при конвенционална хирургична интервенция (0,3-0,86% при лапароскопска холецистектомия и 0,125-0,25% при конвенционална оперативна интервенция).

Увреда на други органи в коремната кухина

Макар и сравнително рядко с честота по литературни данни около 0,125%, увредата на кух коремнен орган не бива да се забравя като възможно усложнение при лапароскопска холецистектомия. Според различни автори, това усложнение настъпва най-често в началния етап на оперативната интервенция, при създаването на пневмоперитонеум. Инсуфлацията на въглероден диоксид при създаването на оперативно поле чрез игла на Veress е посочено като основен момент при увреда на кух коремнен орган в този етап на операцията. От друга страна създаването на оперативно поле, чрез директно поставяне на троакар с мандрен се характеризира с по-висока честота на този тип усложнение, но в световен мащаб, честотата на центровете осъществяващи този етап на операцията по този метод е сравнително рядка.

В нашата практика с цел превенция на възможното усложнение: лезия на коремнен орган при създаването на пневмоперитонеум, сме въвели метода за поставяне на първи троакар по директен метод под визуален контрол. За шест годишен период от месец януари 2010 до януари 2015 година в клиниката за извършени 635 лапароскопски холецистектомии. От общия брой интервенции при 135, инсуфлацията е извършена с игла на Veress (група А), а при останалите 500 създаването на оперативно поле е осъществено чрез поставяне на троакар по директен метод под визуален контрол (група Б). На следващата таблица представяме честотата на този тип усложнение в двете групи и като цяло.

Таблица 2: Честота на случаите с лезия на (кух) коремен орган

	Общ брой случаи	Брой случаи с усложнение (n)	Честота (%)
Група А	135	2	1,48
Група Б	500	0	0

Лезия на кух коремен орган в етапа на създаване на оперативно поле не е индикация за конверсия или прекъсване на процедурата след справяне с усложнението. В нашата практика е въведен протокол за маркиране на лезията и сатура. С повишаване на квалификацията на оперативния екип и придобиването на опит, след локализиране на лезията, същата може да бъде обработена по два метода според възможностите на екипа. При лезия на кух коремен орган със значителна мобилност в областта на пъпния пръстен се извършва минилапаротомия и засегнатия участък се екстериоризира при щателна изолация на достъпа. След извършване на сатура в областта на лезията, обработеният чревен сегмент се маркира и репонира в коремната кухина. Оперативната интервенция се осъществява по план и в края на същата се прави повторен оглед на обработената зона на лезия. При липса на мобилност на засегнатия орган след инсуфлация на въглероден диоксид и създаване на адекватно оперативно поле, се осъществява лапароскопска интракорпорална сатура на лезията. След завършване на обработката на засегнатия орган, лапароскопската холецистектомия се завършва по план.

Хеморагия (интраоперативна и постоперативна)

Хеморагията е едно от най-честите усложнения в хирургията и това важи в пълна сила и за лапароскопските оперативни техники. Честотата на конвезия при лапароскопска холецистектомия корелира правопрпорционално с четотата на интраоперативна хеморагия и обратнопропорционално с уменията на хирургичния екип да се справя с появило се усложнение от този тип. При лапароскопска холецистектомия основните зони на настъпващо интраоперативно кървене са представени на следващата таблица:

Таблица 3: Честота на интраоперативно кървене според локализацията

Честота на интраоперативно кървене	Локализация
<0,5%	в зоните на поставените портове
<7%	в областта на триъгълникът на Callot
<3%	Черноробен паренхим
<2%	Други

По литературни данни най-често интраоперативно кървене се изявява в областта на триъгълника на Callot. При висок процент от случаите, настъпването на усложнението се дължи на лоша анатомична ориентация при значителни промени на тъканите в зоната на увреда. За справяне с кървене в областта на поставен троакар в нашата практика сме въвели два основни метода за хемостаза. Първият метод се характеризира със запазване на позицията на поставения порт и хемостаза с Z- образна лигатура, същата поставена чрез ендоскопска сатура или с използване на трансфасциална игла тип „endo closure”. Вторият метод се характеризира с отстраняване на поставения троакар и дифинитивна хемостаза с трансфасциална сатура с помощта на игла тип „endo closure”.

Методите за избягване на възможно интраоперативно кървене от областта на триъгълника на Callot са идентични с методите за превенция на лезия на жлъчен път и ще бъдат разгледани подробно там. При настъпило интраоперативно кървене от областта на триъгълника на Callot в най-голям процент от случаите се касае за увреда с частично или пълно прекъсване на a. cystica. За справяне с кървене от този тип в нашата практика сме въвели методът „clip but not divide”. Поставяне на ендоскопски клип с цел спиране на настъпилото кървене без последващи прекъсване на анатомични структури. Методът позволява евакуация на кръвната колекция от оперативното

поле, което само по себе си повишава качеството на получения образ, последваща внимателна дисекция и допълнителна ориентация относно анатомичните структури и идентификация на същите.

Билеорагия

Несъмнено едно от най-тежките усложнения при лапароскопска холецистектомия е билеорагията. Можем да разделим билеорагията на такава без увреда на жлъчни пътища и такава с увреда на жлъчните пътища. Под термина билеорагия без увреда на жлъчните пътища се означава появата на билиум в дренажното отделимо, без да има чврета на целостта на екстрахепаталните жлъчни пътища. По литературни данни в 98% от случаите с такъв тип усложнение се касае за изтичане на билиарен сок от малки жлъчни пътища локализиращи в ложето на жлъчния мехур. Основен момент за поява на това усложнение е грубо отпрепариране на жлъчния мехур от чернодробния паренхим. За избягване на това неприятно усложнение е от първостепенна важност, освобождаването на задната стена на жлъчния мехур да се извършва в правилен план – субсерозно отпрепариране.

Билеорагията при увреда на екстрахепаталните жлъчни пътища е възможно усложнение при всяка холецистектомия, но за настъпването на усложнение от този тип не са без значение и индивидуалните анатомични особености, наличието на значителни промени от възпалителен характер, засягащи структурите в триъгълника на Callot, наличието на адхезии към съседни тъкани и органи и уменията на хирурга, търпеливо и внимателно да идентифицира структурите преди да пристъпи към необратими деструктивни действия. С цел намаляване възможността за настъпване на усложнение от този тип, в нашата практика сме въвели пет основни метода за повишаване на анатомичната ориентираност и идентификация на структурите:

Таблица 4: Методи за намаляване на възможността за настъпване на увреда на жлъчните пътища

Метод	Приложение
<i>Дисекция без електрокоагулация</i>	<ul style="list-style-type: none"> Възможно при всяка холецистектомия
<i>Инфундибуларен подход</i>	<ul style="list-style-type: none"> Възможно при всяка лапароскопска холецистектомия
<i>Дисекция и представяне на d. choledochus</i>	<ul style="list-style-type: none"> При изразени възпалителни промени Синдром на Mirizzi Лоша анатомична ориентация
<i>Критичен оглед</i>	<ul style="list-style-type: none"> При всяка лапароскопска холецистектомия
<i>Интраоперативна лапароскопска холангиография</i>	<ul style="list-style-type: none"> Съмнение за налична недиагностицирана холедохолитиаза Съмнение за настъпила увреда Лоша анатомична ориентация Изразени възпалителни промени

Дисекция без електрокоагулация

За бързо и сигурно осъществяване на всяка холецистектомия и особено на лапароскопска холецистектомия е от съществено значение да бъдат идентифицирани и представени всички анатомични структури, които ще бъдат прекъснати. От съществено значение е d. cysticus и a. cystica да бъдат правилно идентифицирани и добре предствени, преди да се премине към деструктивните етапи на интервенцията. Минималното използване на електрокаутер при дисекцията на структурите в триъгълника на Callot и при освобождаване на налични адхезии, намалява риска от настъпване на термична увреда на жлъчните пътища.

Инфундибуларен подход

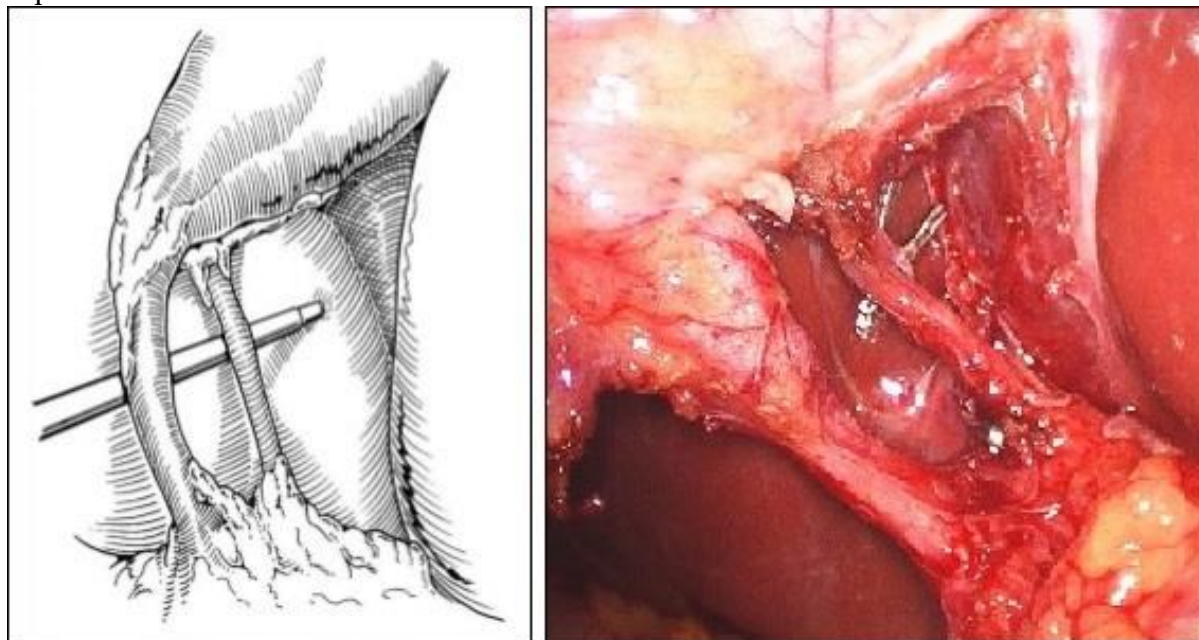
Метод подходящ за приложение при всяка лапароскопска холецистектомия. След идентифициране на инфундибуларната част на жлъчният мехур, отпрепарирането започва от инфундибулума на жлъчния мехур и продължава внимателно в посока дуктус холедохус. За добро идентифициране на дуктус цистикус се извършва двустранно отпрепариране на инфундибуларния участък до границата на мехура с чернодробния паренхим. Методът е трудно изпълним при случаи с анатомично къс дуктус цистикус и изразени възпалителни промени.

Дисекция и представяне на d. choledochus

При изразени възпалителни промени, синдром на Мирици и лоша анатомична ориентация е възможно отпрепарирането на структурите да се извърши в центрофигален подход. След идентификация на d. choledochus дисекцията се продължава в посока чернодробен хилус с представяне на областта на конfluенса, ляв и десен хепатални жлъчни канали. D. cysticus и a. cystica се идентифицират и отпрепарират. Прекъсването на d. cysticus и a. cystica се осъществява след идентифициране на всички структури.

Критичен оглед

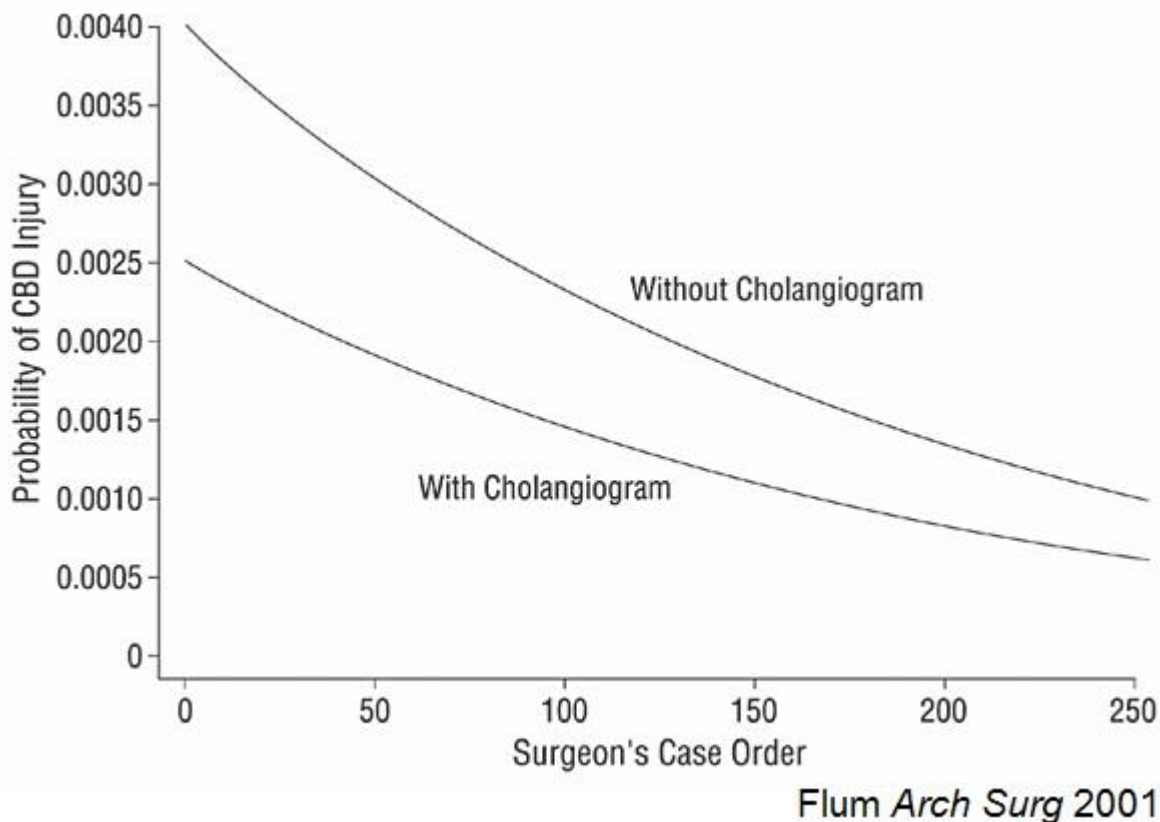
Методът се състои в прекъсване на всички тъкани в триъгълника на Callot с представяне на d. cysticus и a. cystica като единствени структури между общия жлъчен проток и чернодробния паренхим.



Интраоперативна лапароскопска холангиография

Макар и сравнително лесно изпълним и даващ значително допълнително количество информация на хирургичния еки, лапароскопската интраоперативна холангиография се характеризира със сравнително ниска популярност сред хирурзите. Множество автори публикуват своите резултати и безспорно потвърждават ползата от този метод за намаляване на честотата на увреда на жлъчните пътища. Свен като метод за превенция на увреда, методът е сочен като

средство на избор за верификация на лезия при съмнение за настъпила такава.



На приложената диаграма е отразена възможността за настъпване на увреда на жлъчните пътища при рутинно използване на интраоперативна хоангиография, спрямо серия без рутинно прилагане на лапароскопска интраоперативна холангиография.

Заклучение: Рутинното използване на стандартизирани методи и похвати за намаляване на възможността за настъпване на усложнения при лапароскопска холецистектомия, повишават сигурността на процедурата и значително намаляват финансовата себстойност на лечението при пациенти с показания за холецистектомия.

15. ПОСТОПЕРАТИВНИ ПИОГЕННИ ЧЕРНОДРОБНИ АБСЦЕСИ – СТРАТЕГИЯ ЗА ПОВЕДЕНИЕ

Плачков И., А. Лисничков, Пл. Чернопольски, В. Божков, Кр. Георгиев, Т. Иванов, В. Драганова, Д. Чаушев, Я. Стефанов, Р. Маджов

МУ-Варна

УМБАЛ „Св. Марина” ЕАД – Варна, Втора клиника по хирургия

Увод: Пиогенният чернодробен абсцес като постоперативно усложнение (ПОПЧА) продължава да бъде сериозен хирургически проблем, с високи заболяемост и смъртност, често труден за диагностициране и повлияване.

Материал и методи: Представяме нашия опит чрез ретроспективен анализ в диагностиката и лечението за период от петнадесет години (2001 г. – 2016 г.) на 47 случая с ПОПЧА, разделени по етиологичен признак, както следва:

- инфекциозни абсцеси – 29 болни
- абсцеси след ятругении – 18 болни

Резултати: За последните четири години основният метод за лечение е бил перкутанният дренаж (ПД) под ехографски или компютъртомографски контрол (от 23 случая с ПОПЧА 16 са били излекувани чрез ПД, останалите седем болни – чрез лапаротомия и дренаж)..

Изводи: ПД е успешно прилаган, независимо от големината, давността и причината за ПОПЧА. Големият размер на ПОПЧА не е противопоказание за ПД. ПД е безопасен и достатъчен дори при пациенти с гигантски ПОПЧА.

Ключови думи: постоперативни пиогенни чернодробни абсцеси, перкутанен дренаж

Въведение: Чернодробният абсцес (ЧА) е капсулирана колекция от гноен материал в чернодробния паренхим, която може да бъде инфектирана от бактерии, гъби и/или паразитни микроорганизми. В началото на 20-ти век най-честата причина за ЧА е бил вторичният пилефлебит при апендицит. В края на 20-ти век заболяванията на жлъчните пътища се очертават като основен виновник за формирането на ЧА и си остават най-честата причина и до днес. Напоследък е налице увеличаване честотата на ЧА във връзка със зачестилите злокачествени заболявания и тяхното лечение.

В началото на 20-ти век смъртността от ЧА е висока- до 75-80%; днес тя е значително намалена (10-40%). Причината е подобрената антибиотична терапия и въвеждането на инвазивни процедури в лечението на ЧА. Ранната диагноза на ЧА е от изключителна важност за лечебния резултат. ЧА се представят често с вариабилна симптоматика, поради което диагнозата не винаги е лесна. Образната диагноза добива все по-голямо значение.

Фиг.1 Пътища и начини за образуване на ЧА (по Mavilia M.G.)

Пиогенният чернодробен абсцес като постоперативно усложнение (ПОЧА) продължава да бъде сериозен хирургически проблем, с високи заболяемост и смъртност, често труден за диагностициране и повлияване. Някои оперативни интервенции и процедури са с повишен риск за образуване на ПОЧА: трансартериална хемоемболизация, радиофреквентна аблация, поставяне на стентове в жлъчните пътища, сфинктеротомия, билио-дигестивни анастомози и др.

Материал и методи: Представяме нашия опит чрез ретроспективен анализ в диагностиката и лечението за период от петнадесет години (2001 г. – 2016 г.) на 47 случая с ПОЧА, разделени по етиологичен признак, както следва:

-инфекциозни абсцеси – 20 болни

- абсцеси след ятрогении – 18 болни

-ЧА при малигнени чернодробни заболявания – 9 болни

За първите десет години от периода от диагностицираните 24 пациенти с ПОЧА при 18 от тях е извършено хирургическо дрениране, при 6 болни-перкутанен дренаж (ПД) под ехографски или КТ-контрол.

За последните пет години основният метод за лечение е бил ПД под ехографски или компютъртомографски контрол (от 23 случая с ПОЧА 16 са били излекувани чрез ПД, останалите седем болни – чрез лапаротомия и дренаж).

Обсъждане: Наличието на жлъчен ликидж е в пряка зависимост с постоперативните инфекциозни усложнения, по-специално с ПОЧА. Честотата на ликиджа по литературни данни е между 4 и 17 % с причини: неадекватен контрол на паренхимния срез при чернодробна резекция, изтичане от жлъчно-интестиналните анастомози, или увреждане на жлъчния канал. Жлъчната стриктура играе съществена роля в развитието на ПОЧА, по-точно при пациентите, имали поставен жлъчен стент и с това създаване условия за инфекция на жлъчката. Съдовата увреда играе важна роля в етиологията на ПОЧА. Намалената перфузия на черния дроб и/или исхемията на жлъчната анастомоза увеличава риска от чернодробни абсцеси, особено в условията на инфектирана жлъчка. Други фактори, свързани с постоперативни инфекциозни усложнения, са ниско ниво на серумния албумин, наличие на коморбидни състояния, повече оперативни часове и сложност на чернодробната резекция. Предоперативният жлъчен дренаж при пациенти с вторична хипербилирубинемия от запушване на жлъчното дърво също е свързано с повишени следоперативни усложнения от инфекции поради бактериално замърсяване.

Преди 1980 г. лечението на ЧА е преди всичко хирургическо-отворен хирургичен дренаж. Перкутанният дренаж (ПД) придобива голяма популярност още с появата си и се очертава като лечение на избор. Разработването на ефективни антибиотици и напредъка на миниинвазивните процедури в образната диагностика до голяма степен са „виновни“ за намаляване смъртността от ЧА.

Лечението само с антибиотици е доказано ефективно при малки под 3-3,5 см в диаметър абсцеси. По-малки абсцеси в трудно достъпни области (lobus caudatus) са изключително подходящи за антибиотично лечение. Препоръчва се емпирично покритие за G^- и G^+ бактерии, както и за анаероби. Това обикновено се прави с цефалоспоринови трета генерация и метронидазол или пиперацилин / тазобактам.

ПД е най-често избирания вариант на лечение на ЧА. Дренирането става с pigtail – катетър под ехографски или КТ-контрол. ПД има много предимства-той е миниинвазивна процедура, избягва необходимостта от обща анестезия, носи по-малко опасности от образуване на адхезии, замърсяване, ниска себестойност, сравнен с хирургическия дренаж. Има съобщения, че ПД е неуспешен в 15-36% от случаите. Причини за това са мултилокуларност на ЧА и запушване на дренажа от гъсто абсцесно съдържимо. Усложнения-кръвоизлив и образуване на жлъчни фистули.

Хирургическо лечение като първично средство на избор се предприема при руптура на ЧА, перитонит, анатомично затруднен достъп и съпътстваща патология, изискваща хирургическо поведение. Първоначално хирургическо лечение се предприема и при по-големи абсцеси над 5 см в диаметър, с данни за мултилокуларност.

От 2001 г. броят на интервенционалните процедури за дрениране се е увеличил повече от два пъти, а броят на хирургическите дренажни процедури е намалял с около 20 %. Изборът на метод за лечение зависи до голяма степен от размера и консистенцията на абсцеса.

При избора на лечение е важно да се вземе предвид морбидитета и морталитета от тези процедури в миналото. Хирургическият дренаж е свързан с висока степен на смъртност (10 -47%). Възможно това да е вярно, като се вземе предвид, че хирургическият дренаж се използва при по-големи абсцеси, при труден анатомичен достъп, тежък коморбидитет и др. усложняващи фактори. Установено е, че хирургическият дренаж води до по-висока заболяемост.

Други съображения при избора на лечебен подход – освен размера на ЧА, от значение е и вида на абсцеса. Няколко проучвания препоръчват при ятрогенни абсцеси, дължащи се на хирургически процедури, проблемът да се третира хирургически. Разумно е поради миниинвазивния характер на ПД, той да е начален метод за повлияване, но ако е неуспешен, да се прибягне към хирургически дренаж.

Компликации - има съобщения, че 15,7% от пациентите развиват усложнения на ЧА: септична белодробна емболия, инфектиране на белодробния паренхим и пр. Абсцесната руптура се среща до 6% от случаите. ЧА могат да ерозират диафрагмата, причинявайки плеврален излив, емпием, пневмония, бронхиални фистули, полиорганна недостатъчност.

Мерки за превенция на ПОЧА:

-осигуряване на добра перфузия на черния дроб и адекватно жлъчкоотделяне след чернодробна резекция

-осигуряване на добра перфузия на БДА

-осигуряване на достатъчна ширина на БДА

-лимитирано използване на билиарни стентове

Мерки за диагностициране и лечение на усложненията:

-извършване на КТ с контраст и ЯМР при неясно постоперативно фебрилно състояние

-използване на ПД под ехо- или КТ-контрол, когато това е възможно

-използване на хирургически подход при упорити (рефрактерни) случаи

-мултидисциплинарен екип за решаване на проблема.

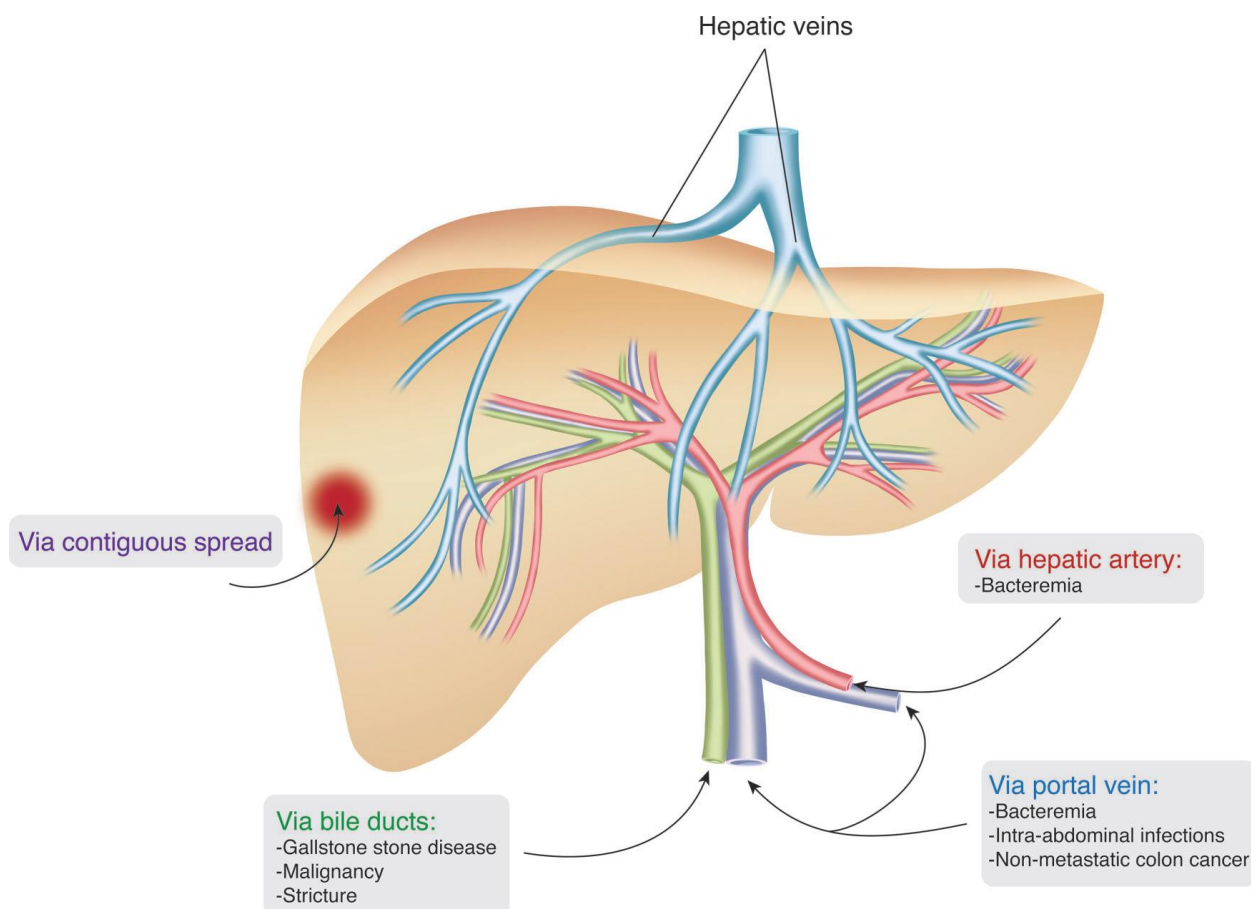
Благодарение на огромния опит на клиниката като място, където се стичат пациенти от цяла Североизточна България по отношение на постоперативни жлъчно-чернодробни компликации, си позволяваме да обобщим действията си в модул на поведение при ПОЧА:

Фиг.2 Препоръчителен модул за поведение при ПОЧА

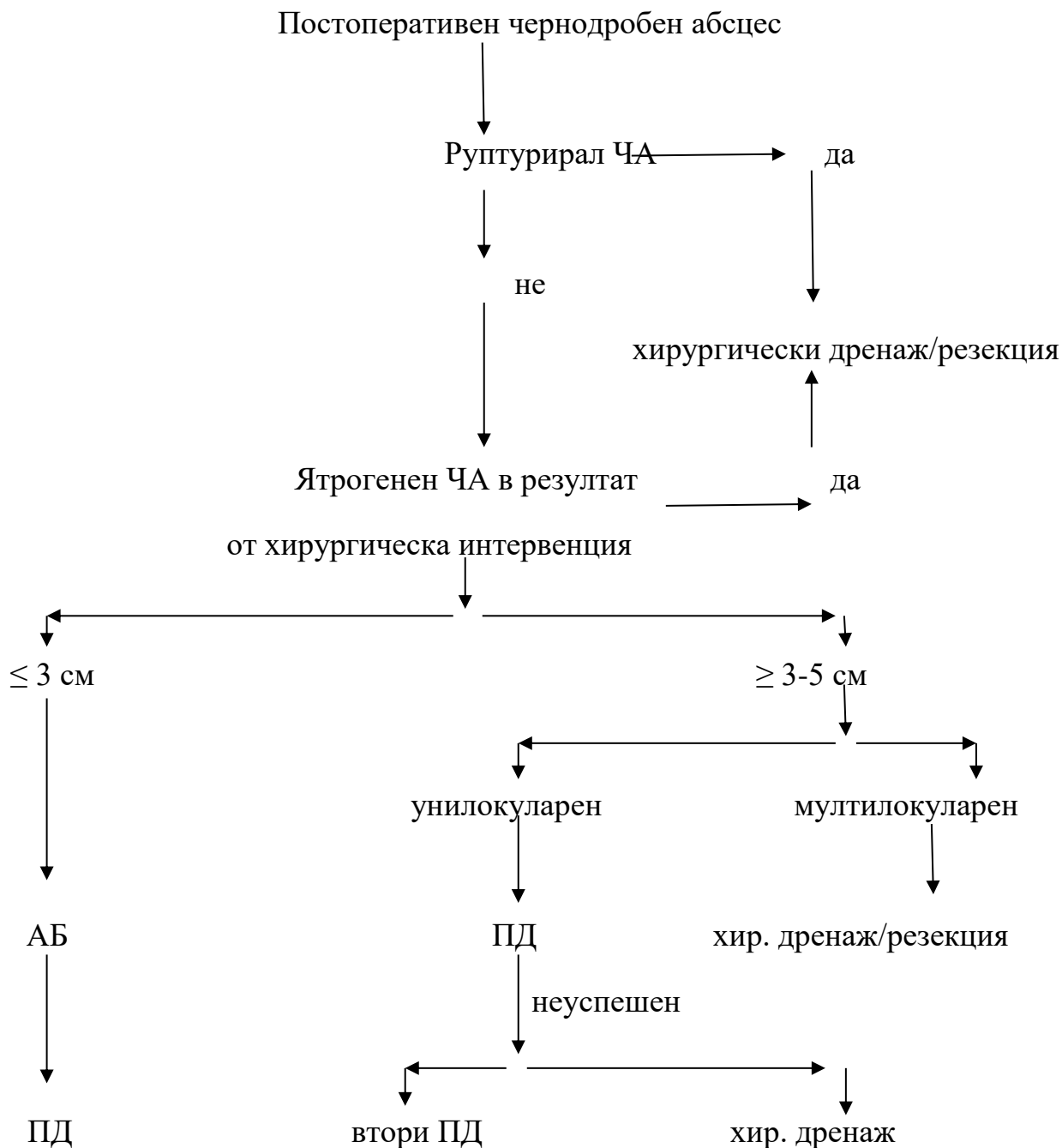
Заклучение: Въпреки не високата честота, ЧА се свързват с висока смъртност и сериозни усложнения. Ето защо бързата и точна диагноза е важна за ефективното лечение. Според характера си, ЧА могат да бъдат ефективно лекувани чрез ПД или хирургическо дрениране, в комбинация с подходящи антибиотици. Ключът към успеха е ранна диагноза и избор на верен терапевтичен подход.

Литературни източници:

1. Lardièrre-Deguelte S, Ragot E, Armoun K, Piardi T, Dokmak S, Bruno O, et al. Hepatic abscess: diagnosis and management. *J Visc Surg* 2015;152:231–243. doi: 10.1016/j.jvisurg.2015.01.013
2. Keller JJ, Tsai MC, Lin CC, Lin YC, Lin HC. Risk of infections subsequent to pyogenic liver abscess: a nationwide population-based study. *Clin Microbiol Infect* 2013;19:717–722. doi: 10.1111/1469-0691.12027
3. Kumar D, Ramanathan S, Al Faki A, Nepal P. Faecolith migrating from the appendix to produce liver abscess after subhepatic laparoscopic appendectomy. *Trop Doct* 2015;45:241–244. doi: 10.1177/0049475515577749
4. Law ST, Li KK. Is hepatic neoplasm-related pyogenic liver abscess a distinct clinical entity? *World J Gastroenterol* 2012;18:1110–1116. doi: 10.3748/wjg.v18.i10.1110
5. Shin JU, Kim KM, Shin SW, Min SY, Park SU, Sinn DH, et al. A prediction model for liver abscess developing after transarterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma. *Dig Liver Dis* 2014;46:813–817. doi: 10.1016/j.dld.2014.05.003
6. Iida H, Aihara T, Ikuta S, Yamanaka N. Risk of abscess formation after liver tumor radiofrequency ablation: A review of 8 cases with a history of enterobiliary anastomosis. *Hepatogastroenterology* 2014;61:1867–1870.
7. Hoffmann R, Rempp H, Schmidt D, Pereira PL, Claussen CD, Clasen S. Prolonged antibiotic prophylaxis in patients with bilioenteric anastomosis undergoing percutaneous radiofrequency ablation. *J Vasc Interv Radiol* 2012;23:545–551. doi: 10.1016/j.jvir.2011.12.025



Фиг.1 Пътища и начини за образуване на ЧА (по Mavilia M.G.)



Фиг.2 Схема на поведение при чернодробни абсцеси
(ЧА-чернодробен абсцес, АБ-антибиотично лечение, ПД-перкутанен дренаж)

16.

17. ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ НА СТОМАШНИЯ РАКВ- КАК ДА ИЗБЯГВАМЕ НЕЖЕЛАНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ?

Н.Белев, Б., Атанасов, Р. Пенков, Щ. Попов, П. Кръстев, И. Петлешков, Д. Димитров
УМБАЛ-Еврохоспитал, Пловдив

Въведение. Стомашния рак е втора причина за смъртност сред всички члокачествени новообразувания. Само 50% от пациентите са подходящи за радикално хирургично лечение с куративен ефект. Отворената гастректомия с лимфаденектомия е предпочитан и общоприет метод. Тази процедура се асоциира с значим постопаративен стрес, висок морбидитет(9,1%-46%) и подълг болничен престой. Няколко метаанализа представят по-добри постоперативни резултати

след лапароскопска гастректомия в сравнение с отворена такава, при едни и същи онкологични резултати!

Методи. Този материал представлява нерандомизирано проспективно проучване. Пациенти с хистологично доказан, хирургично резектабилен стомашен рак(T1-4a,N1-3b,M0) и реформанс статус 0,1,2 според (European Oncology Study Group) са подходящи за включване в това проучване. Първично заложената цел е оперативното време и честотата на постоперативните усложнения. Втората цел болничния престой и “cost-effective” баланса. Допълнително ние се фокусирахме върху стандартизираната хирургична техника. За периода 01.03.2014-31.12.20015г. 32 пациенти претърпяха лапароскопска гастректомия по повод на стомашен рак. Ние извършихме 14 тотални гастректомии с Д2 лимфаденектомия и интракорпорална анастомоза и 18 субтотални гастректомии. За същия период ние извършихме 42 отворени гастректомии(28 тотални 14 субтотални).

Резултати. Средната продължителност на лапароскопската процедура е 210 мин. спрямо 150 мин. приотворената група. Средния болничен престой е 5,4 дни при лапароскопската група и 9,4 дни при конвенционалните дни. Две постоперативни усложнения (7,1%) са установени след лапароскопските операции(вътрешна панкреасна фистула, инсуфициенция на езофагојеюно анастомозата) и три усложнения(7,1%) след класически оперативни интервенции(вътрешна панкреасна фистула с кървене, инсуфициенция на дуоденален чукан, инсуфициенция на езофагојеюно анастомозата. Всички пациенти с усложнения са в напреднал стадий на стомашен рак (Т3-4aN1-3bM0).

Заклучение. Въвеждането на лапароскопията в хирургичната практика за лечението на стомашния рак води до подобро качество на постоперативните грижи, скъсяване на болничния престой и по-бързо възстановяване на нормална активност. Не установихме разлика в морбидитета между двете групи болни, вероятно поради незавършена крива на убочение при лапароскопските гастректомии.

Лапароскопска хирургия на стомашния рак - как да избягваме нежеланите усложнения?

*Белев Н., Атанасов Б., Пенков Р., Попов Щ., Кръстев П., Петлешков И., Джаров Г.,
nikbel.vrn@gmail.com*

УМБАЛ-Еврохоспитал, Пловдив

Laparoscopic surgery for gastric cancer-how to avoid undersired events?

Belev N., Atanasov B., Penkov R., Popov S., Krastev P., Petleshkov I., Dgarov G., Hadzhidemirov N., E-mail-nikbel.vrn@gmail.com

UMPHAT - Eurohospital, Plovdiv

Въведение. Всяка година над един милион пациенти са диагностицирани със стомашен рак в световен аспект. Около 75% от тях умират от болестта, поставяйки стомашния рак на второ място като причина за смърт из между злокачествените новообразувания.

Най-високата честота на стомашния рак е регистрирана при мъжете в североизточна Азия, 70 случаи на 100000 годишно. Южна Америка и Европа показват междинна заболяемост от 20-35 на 100000 годишно. Докато Северна Америка, Африка, Южна Азия и Австралия се характеризират с ниска заболяемост(4-10/100000). 5 годишната преживяемост е повече от 60% в Япония и Корея, където повече от полуvinата пациенти се диагностицират в ранен стадий. В контраст стомашния рак се диагностицира в напреднал стадий при повечето пациенти от западния свят, като приблизително 50% от тях имат метастази при диагнозата. И само една втора са подходящи за радикално оперативно лечение.

В страни с висока честота на стомашния рак, като Япония, скрининговите програми са доказали своята полза и ефективност водещи до диагностициране на ранен стомашен рак, който е с много добра прогноза. В страни без скринингова програма стомашния рак често се диагностицира в напреднали стадии и обща преживяемост до 20-25%.

В източните страни хирургичното лечение на стомашния рак е добре развито, като този тип хирургия се прави в специализираните центрове. Тези тенденция се налага през последните години и на запад, което води до по- добри резултати.

Отворената гастректомия с лимфаденектомия е предпочитан и общоприет метод. Тази процедура се асоциира с значим постопаративен стрес, висок морбидитет(9,1%-46%) и по-дълъг болничен престой.

Няколко мета-анализа представят по-добри постоперативни резултати след лапароскопска гастректомия в сравнение с отворена такава, при едни и същи онкологични резултати.

Обобщени литературни данни показват различия в постоперативния морбидитет за източните страни(Корея, Япония), 13,4% и 22% за западните страни.

Табл.-1.Рисков профил за развитие на усложнения при дистална гастректомия.

Variables	N-33917
Age, mean, year	69,0
Males	66,5%
Ambulance transport	1,4%
Emergent surgery	0,9%
ASA classification 3-5	8,9%
ADL before 30d: total assistance	0,7%
Preoperative ADL: total assistance	0,8%
Preoperative ADL-any assistance	4,7%
Body mass index>25kg/m2	18,2%
Wight loss>10%	4,7%
Hypertension	33,3%

Diabetes	15,1%
Chronic obstructive pulmonary disease	3,6%
Preoperative dialysis	0,8%
Previous cerebrovascular disease	3,9%
Ascites	1,1%
Preoperative transfusions	2,8%

Табл.2-Рисков модел на тоталната гастректомия.

Variables	N=2011
Age, mean, yr	68,9
Male %	73,7
Body mass index, mean, kg/m ²	22,4
Status(emergent),%	2,0
ADL(any assistance),%	4,6
Weight loss,>10%	8,7%
ASA score, % , grade 3-5	9,5%
Diabetes,%	15,7%
Previous cardiac surgery,%	1,1

Preoperative respiratory distress,%	2,4
Preoperative dialysis,%	0,5
Cerebrovasculare accident,%	2,2
Disseminated cancer,%	3,7
Ascites,%	2,0

Сравнителни проучвания публикувани от Lee и Jang обобщават предимствата при миниинвазивното хирургично лечение на стомашния рак. Лапароскопския подход за гастректомия е метод, който е развит в източните страни, където ранния стомашен рак е с висока честота. Рандомизирани студии(предимно от изток) представят лапароскопската стомашна хирургия като възможна, онкологично издържана и сигурна процедура.

Лапароскопската дистална гастректомия(ЛДГ) осигурява еднакви или по-добри краткосрочни резултати в сравнение с отворената дистална гастректомия(ОДГ). По настоящем дългосрочната преживяемост е еднаква при при ЛДГ и ОДГ по отношение на ранните стадии на стомашен рак. В ход е Корейското мултицентрово проучване(KLASS-01), което ще осигури повече ясни доказателства. Лапароскопската тотална гастректомия(ЛТГ) все още се извършва при селектирани пациенти в сравнение с ЛДГ, като се дебатира нейната сигурност по отношение на лапароскопската езофагојеюно анастомозата.

Доказателствата за мястото на ЛДГ при напреднал стомашен рак остават не точно определени, или поне до получаване на данните от протичащо мултицентрово рандомизирано и контролирано проучване.

Лапароскопската сентиниална биопсия и навигация на сентинеални перигастрални лимфни възли е в експериментален стадии и подлежи да бъде стандартизирана.

Роботизираната гастректомия е осъществима процедура при ранен стомашен рак като има подобни резултати на ЛДГ, но за сметка на по-високата цена .

През 1993г. Kitano въвежда лапароскопската гастректомия за оперативно лечение на стомашния рак. Техниката се разпространява сравнително бързо, като към настоящия момент, минимално инвазивната оперативна процедура при ранен стомашен рак е въведена като стандарт. В Корея например, лапароскопските гастректомии са нарастнали от 740 през 2004г. на 3783 през 2009г., като последната цифра е повече от 25% от всички гастректомии по повод стомашен рак. Общия брой на лапароскопските процедури за стомашен рак в Корея от 1995 г. до 2013г. е повече от 20000 операции.

За последните две десетилетия почти всички доказателства за състоятелността на лапароскопската стомашна резекция идват главно от Корея и Япония. Натрупания лапароскопски хирургически опит и усъвършенствването на хирургичния инструментариум позволи на някои експерти да прилагат лапароскопската гастректомия при авансирал стомашен карцином. Няколко гръпни рискови фактори са асоциирани с усложнения след лапароскопска гастректомия.

Съществува 1,30-2,38 пъти по-висок риск за развитие на постоперативни усложнения при пациенти със сериозни придружаващи заболявания, като при тях риска от реоперация нараства с 5,6 пъти. Наличието на на сърдечни и чернодробни придружаващи заболявания при пациенти претърпяли гастректомия са независим рисков фактор за усложнения! Тези пациенти е редно да бъдат оперирани от опитни лапароскопски хирурзи, със завършена крива на обучение(повече от 60 лапароскопски стомашни операции).

Материал и метод. Извършихме анализирани на рандомизирани контролирани пручвания и мета-анализ по проблема на лапароскопската гастректомия при стомашен карцином. Както и ретроспективен анализ на собствен опит с 55 лапароскопски гастректомии. ЛАДГ са извършени при 36(72%) от нашите пациенти по повод на дистален стомашен рак. ТЛДГ сме извършили при 19 болни. ЛАТГ с OrVil при 7 пациент. ЛТГ с OrVil при 2 болни. При 10 болни сме извършили делта анастомоза.

Резултати. Нашите резултати показват по-голяма продължителност на оперативната интервенция при ЛДГ в сравнение с отворената операция(150-240мин.). Лапароскопската гастректомия се характеризира с по-малка кръвозагуба(30- 100мл.), по-ранно възстановяване на чревната функция. По-кратък болничен престой. Регистрирали сме 3(8,3%) усложнения (постоперативен оточен панкреатит, постоперативен илеус, ранева инвекция). При тоталната лап.гастректомия имаме също 3(15,78%) усложнения.Нямаме регистриран постоперативен морталитет.

Дискусия.

Лапароскопска дистална гастректомия.

ЛДГ е първата и най-често извършвана лапароскопска гастректомия при стомашен рак. По настоящем главната индикация за лапароскопска гастректомия е ранния стомашен рак, локализиран в долна и средна трета на стомаха. Използват се три типа реконструктивни модели след дистална гастректомия- гастродуоденостомия(Billroth I), гастроеюно стомия(Billroth II), Roux- and-Y гастроеюностомия.

Повечето хирурзи използват 5 или 6 троакарна техника за ЛАДГ.

Обичайната лимфна дисекция при ЛАДГ включва No 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p с или без 12b и 14v според японската класификация на стомашния рак. При ЛАДГ се използва 5-6см горна срединна лапаротомия, която е достатъчна за VI или VII реконструкция, която се извършва с циркулярен, линеарен стаплер или на ръка. При интракорпорална анастомоза “delta- shape” е най честия модел на В I реконструкция. Въпреки, че интракорпоралната анастомоза има някой предимства, като осигуряването на по-добър оперативен поглед, по-широк диапазон на движение по време на реконструкцията(особено при пациенти с обезитас), рутинното и приложение остава противоречиво, поради високата цена на използваните стаплери и еднаквите резултати при сравнение с екстракорпоралната анастомоза.

Публикувани са няколко мета-анализа, които сравняват ЛАДГ с ОДГ. Zeng et al. извършват мета-анализ включващ 5 РКП и 18 не РКП с участието на 3411 пациенти. Резултатите показват редуцирани оперативна кръвозагуба, общ морбидитет, постоперативна аналгезия и болничен престой, без да нараства цената на лечението и честотата на рецидивите. Техните резултати показват, че средния брой на изследваните лимфни възли и общата преживяемост са едни и същи при ЛАДГ и ОДГ.

Подобно на горните данни Strong et al. в мета-анализ с 6 РКП и 19 не РКП с участието на 3055 болни представят ЛДГ като сигурна процедура, която се характеризита с по-кратък болничен престой и по-малко следоперативни усложнения в сравнение с конвенционалната операция.

В допълнение, Jiang в публикуван на скоро метата-анализ включващ 8 РКП(n=784) заключава, че предимствата на ЛАДГ са по-добрите краткосрочни резултати.

Корейското мултицентрово проучване KCLASS(Korean Laparoendoscopic Ganstrointestinal Surgery Study) е най-голямото по рода си и значимост в световен аспект. Индикации за включване в това проучване са пациенти със стомашен аденокарцином в стадий(cT1N0M0, cT1N1M0, T2N0M0). Главната цел е общата преживяемост, а вторични цели са свободния от заболяване период, морбидитет, смъртност, качество на живот, възпалителен и имунен отговор и баланса цена-полза. ДЛГ с Д1+ или Д2 е извършена при двете групи. Реконструкцията се извършват по етода на Billroth I или Billroth II Roux –an-Y в зависимост от предпочитанията на хирурга. За гарантиране качеството на хирургичната процедура в проучването са включени хирурзи от 12 института с голям опит в стомашната хирургия, които извършват 80 ЛДГ и ОДГ годишно. До 2010г. са вписани 1415(704ЛДГ и 711ОДГ), като окончателните резултати се очакват да бъдат публикувани през 2015г. Резултатите от KCLASS-01 бяха публикувани през 2010г., като авторите заключават, че няма сигнификантна разлика при изследване на морбидитет и морталитет в

условията на ЛДГ и ОДГ. Друго Корейско рандомизирано проучване и ръководено от Kim et al., изследва качеството на живота след ЛДГ и ОДГ при пациенти с ранен стомашен рак. Заключение е, че пациентите след ЛДГ имат по-добро качество на живот.

През 2005 г., Husher et al. в Италианския траял публикуват резултатите от единственото до момента проучване на ЛДГ при авансирал стомашен рак. Въпреки, че авторите обобщават ЛДГ като възможна и сигурна процедура при пациенти с авансирало заболяване, съществуват критики по отношение малкия брой пациенти, качеството на хирургичната процедура.

Лапароскопска тотална гастректомия

ЛТГ остава предизвикателна и нейните технически аспекти не са стандартизирани. Индикация за ЛТГ е ранния стомашен рак локализиран в горната трета на стомаха. Дори в Япония и Корея ЛТГ се извършва селективно при избрани болни. В Корея 25% от пациентите с стомашен рак на долна и средна трета се третира лапароскопски, и само 7.5% от пациентите със стомашен рак на горна трета се оперират лапароскопски.

Поставянето на троакарите е подобно на ЛАДГ. Реконструкцията се извършва с езофагојеюно анастомоза с Roux-en-Y бримка в екстра или интракорпорален вариант. При ЛАТГ анастомозата се извършва през горно срединна мини лапаротомия, като ние използваме раневипротектор за ретракция на раневите ръбове. Ру бримката е обработена лапароскопски предварително, хранопровода е прекъснат с ленеарна "Endo-GIA" и хванат на държалка, адаптиран към Ру бримката. В условията на пациенти с европейски хабитус е най-лесно да се използва трансоралното поставяне на главата на съшивателя използвайки (OrVil). Това е техника за интракорпорално приложение, която се използва успешно също и при ЛАТГ. При болни с по-малък индекс на телесна маса главата на съшивателя може да се постави трансабдоминално. Йоюнојеюноанастомозата извършваме на ръка поради това, че става лесно, сигурно и е по-ефтина.

Ограниченията на минилапаротомията благоприятстваха развитието на интракорпоралната анастомоза през последните години. Трансоралното поставяне на главата на съшивателя чрез OrVil е надежден и многообещаващ метод. Sakuramoto et al. извършва успешно 26 от 27 езофагојеюно стомии чрез тази техника. Nagai et al. представя серия от 94 ЛТГ с интракорпорални анастомози с линеарен стаплер. Регистрирани са само 2 инсуфициенции, като няма данни за смъртност в тази кохорта. В този контекст някои автори препоръчват извършването на т.н. делта анастомоза.

Резултатите от скорошен мета-анализ сравняващи ЛТГ с ОТГ показват по-малка кръвозагуба, редуциране на постоперативните усложнения, по-кратък болничен престой, въпреки по-голямата продължителност на оперативните интервенции при ЛТГ. Изчакват се резултатите от KCLASS-03 проучването за да бъдат дадени препоръки и стандарти за ЛАТГ и ЛТГ.

Лапароскопска пилосъхраняваща гастректомия(ЛПГ)

Според Японските гадлайни за лечение на стомашния рак ЛПГ може да се използва при оперативно лечение на ранен стомашен рак на средна трета или дисталната стомашна граница е на 4 см от пилора. При T1N0 M0 рак на средна трета може да се извърши ЛДГ и ЛПГ. ЛПГ има някои предимства, като по добри нутритивни резултати, по-ниска честота на дъмпинг и жлъчен рефлукс.

Лапароскопска гастректомия при авансирал стомашен рак.

С нарастване на хирургичния опит и усъвършенстване на хирургичната техника някои автори прилагат все по-често ЛАДГ при авансирал стомашен рак. Съществуват краткосрочни резултати с морбидитет 11.3%-15.9% и смъртност от 0,8%-2,2%, данни които са напълно съпоставими с отворената операция. Скорошен мета-анализ с 1271 пациенти показва, по-голяма продължителност на ЛАДГ, но за сметка на по-малка кръвозагуба, по-малко използване на аналгетици в постоперативния период и по-кратък болничен престой в сравнение ОДГ. Няма сигнификантна разлика между двете групи болни по отношение на постоперативната смъртност, общия морбидитет и три годишната преживяемост. Авторите заключават, че онкологичните резултати след ЛАДГ са сравними с резултатите при отворената операция.

Заклучение. Лапароскопската гастректомия е обещаваща минимално инвазивна процедура при стомашен рак, която започва да става все по-полярна и да се оформя като стандарт. ЛАДГ показва по-добри или сравними краткосрочни резултати в сравнение с ОДГ. Дългосрочните резултати след ЛАДГ са сравними с резултатите при ОДГ при ранен стомашен рак, като се очаква приключването на рандомизирани проучвания, които да сведат по-ясни доказателства. Данните по отношение на ЛАТГ все още са ограничени и техническите аспекти на езофагојеуноанастомозата все още се дебатира. ЛППГ изглежда оптимистична процедура при ранен рак на средна стомашна трета, като запаването на пилора генерира по-добри функционални резултати при еднаква онкологична издържаност на процедурата. Доказателствата за ефикасността на ЛАДГ при авансирал стомашен рак са все още недостатъчни. Очакват се резултатите от Корейското мултицентровото РКП да внесат яснота на ЛАДГ при авансирал стомашен рак. Морбидитетата след хирургично лечение на стомашния рак можем да редуцираме чрез качествена селекция на пациентите, завършена крива на обучение(>60), високо качество на хирургичната процедура и стандартизиран подход за операция и постоперативно наблюдение.

Библиография:

1. Haverkamp L, Weijts TJ, van der Sluis PC, van der Tweel I, Ruurda JP, van Hillegersberg R: Laparoscopic total gastrectomy versus open total gastrectomy for cancer: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc* 2013;27:1509-1520.
2. Isozaki H, Okajima K, Momura E, Ichinona T, Fujii K, Izumi N, Takeda Y: Postoperative evaluation of pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer. *Br J Surg* 1996;83:266-269.
3. Japanese Gastric Cancer Association: Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer* 2011;14:113-123.
4. Japanese Gastric Cancer Association: Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer* 2011;14:101-112.
5. Jeong GA, Cho GS, Kim HH, Lee HJ, Ryu SW, Song KY: Laparoscopy-assisted total gastrectomy for gastric cancer: a multicenter retrospective analysis. *Surgery* 2009;146:469-474.
6. Jeong O, Park YK: Clinicopathological features and surgical treatment of gastric cancer in South Korea: the results of 2009 nationwide survey on surgically treated gastric cancer patients. *J Gastric Cancer* 2011;11:69-77.
7. Jiang L, Yang KH, Guan QL, Cao N, Chen Y, Zhao P, Chen YL, Yao L: Laparoscopy-assisted gastrectomy versus open gastrectomy for resectable gastric cancer: an update meta-analysis based on randomized controlled trials. *Surg Endosc* 2013, E-pub ahead of print.
8. Kanaya S, Kawamura Y, Kawada H, Iwasaki H, Gomi T, Satoh S, Uyama I: The delta-shaped anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: analysis of the initial 100 consecutive procedures of intracorporeal gastroduodenostomy. *Gastric Cancer* 2011; 14:365-371.
9. Kim YW, Baik YH, Yun YH, Nam BH, Kim DH, Choi IJ, Bae JM: Improved quality of life outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: results of a prospective randomized clinical trial. *Ann Surg* 2008;248:721-727.
10. Kim HH, Han SU, Kim MC, Hyung WJ, Kim W, Lee HJ, Ryu SW, Cho GS, Kim CY, Yang HK, Park DJ, Song KY, Lee SI, Ryu SY, Lee JH, Korean Laparoscopic Gastrointestinal Surgery Study (KLASS) Group: Prospective randomized controlled trial (phase III) to comparing laparoscopic distal gastrectomy with open distal gastrectomy for gastric adenocarcinoma (KLASS 01). *J Korean Surg Soc* 2013;84:123-130.
11. Kim HH, Hyung WJ, Cho GS, Kim MC, Han SU, Kim W, Ryu SW, Lee HJ, Song KY: Morbidity and mortality of laparoscopic gastrectomy versus open gastrectomy for gastric cancer: an interim report – a phase III multicenter, prospective, randomized trial (KLASS Trial), *Ann Surg* 2010; 251:417-420.
12. Kim MG, Kim BS, Kim TH, Kim KC, Yook JH, Kim BS: The effects of laparoscopic assisted total gastrectomy on surgical outcomes in the treatment of gastric cancer. *J Korean Surg Soc* 2011;80:245-250.

13. Kitano S, Shiraishi N, Fujii K, Yasuda K, Inomata M, Adachi Y: A randomized controlled trial comparing open vs laparoscopy-assisted distal gastrectomy for the treatment of early gastric cancer: an interim report. Surgery 2002;131:S306-S311.

18. ИНТРАОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ НА ЛАПАРОСКОПСКАТА КАРДИОМИОТОМИЯ

Г.Костов¹, Р.Димов¹, Т.Иванов², Р.Кънчев², В.Маринов³, М.Стоилова¹, Ст. Спасов²,

¹. Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“ , “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

². “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

³. Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропедевтика на хирургичните болести“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

Увод: Лапароскопската кардиомиотомия е миниинвазивен, безопасен и ефективен метод за лечение на ахалазията, който се е наложил като златен стандарт при лечението на тази нозологична единица. Като всяка оперативна интервенция и тази процедура крие своите ранни и късни усложнения. От интраоперативните компликации най-често срещаните са мукозната перфорация, хеморагията и пневмоторакса.

Материали и методи: В проучването са включени всички пациенти с осъществена лапароскопска кардиомиотомия по Хелер в Клиника по Хирургия на УМБАЛ“Каспела“-Пловдив за период от три години. Информацията бе събрана от история на заболяването, оперативните протоколи и протоколите от контролните прегледи.

Резултати: За посочения период са осъществени девет лапароскопски кардиомиотомии по Хелер с трансабдоминален достъп. Половото разпределение е, както следва 5/55.55%/ жени и 4 /45.45%/мъже. Средната възраст на оперираните е 56 (±13) години. Интраоперативно усложнение наблюдавахме при един пациент изразяващо се в перфорация мукозната на хранопровода в зоната на миотомията, като същата бе третирана с надшиване. Гладко протекъл следоперативен период.

Дискусия: Най-често наблюдаваното интраоперативно усложнение в хода на лапароскопска кардиомиотомия е мукозната перфорация. За радост нейното възстановяване е лесно и с добри резултати. С подобряване на оперативната техника и кривата на обучение мукозната перфорация, интраоперативната хеморагия и пневмоторакса се срещат рядко.

19. ИНСУФИЦИЕНЦИЯ НА ЕЗОФАГО ЙЕЮНАЛНАТА АНАСТОМОЗА СЛЕД ТОТАЛНА ГАСТРЕКТОМИЯ

Г.Костов¹, Р.Димов¹, В.Иванов², Р.Кънчев², В.Маринов³, Д.Аргиров¹, Ст. Спасов², М.Стоилова²

1. Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“ , “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

2. “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

3. Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропедевтика на хирургичните болести“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

Въведение: Инсуфициенцията на езофаго йеюналната анастомоза след тотална гастректомия е животозастрашаващо и едно от най-трудните за лечение усложнения в стомашната хирургия. Третирането на тази компликация е противоречиво и остава хирургично предизвикателство.

Материали и методи: Общо при 68 пациенти е осъществена тотална гастректомия в УМБАЛ“Каспела“ Пловдив за период от 3 години. От тях инсуфициенцията на езофагойеюналната анастомоза наблюдавахме при шестима/8.82%/. Диагностицирането на инсуфициенцията се осъществи с помощта на клинични данни и рентгенологично потвърждение с водноразтворим контраст.

Резултати: Инсуфициенцията на анастомозата наблюдавахме при шестима пациенти. От тях третиранни консервативно двама, третиранни с ендоскопско поставяне на клипсове един, ендоскопско поставяне на протеза един , реоперация и надшиване на дефекта двама. Смъртен изход наблюдавахме при трима /50%/от пациентите, като това бяха двамата от групата с

осъществена реоперация и пациента с ендоскопски поставената протеза-поради ятрогенно разкъсване на част от анастомозата по време на самата процедура и последваща реоперация.

Дискусия: Все още идеалният метод за лечение на инсуфициенцията на езофаго-йеюналната анастомоза се търси. Вниманието трябва да се фокусира върху превенцията-щадящата оперативна техника. При наличието на клинични данни за инсуфициенция ранното ѝ потвърждаване и включването на мултидисциплинарен екип е ключово за постигане на успех.

Ключови думи:Езофагойеюнална анастомоза

20. ПЕПТИЧНА ЯЗВА – НАЙ-ЧЕСТО УСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ГАСТРО – ЕНТЕРОАНАСТОМОЗА. РЕЗУЛТАТИ ОТ СЕДЕМ ГОДИШЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ

Д. Стойков, П. Бобев, Н. Цолов, С. Глинков, Ю. Калчева, И. Минев

Втора коремна хирургия, Клиника коремна хирургия, МБАЛ”Св. Анна-Варна”АД

УВОД: Първата успешна гастроентеростомия е извършена през 1881г. от Theodor Billroth при пациент с карцином на стомаха след частична гастректомия. През същата година Wolfer извършва първата палиативна гастройеюностомия поради невъзможност за гастректомия. За първи път Braun през 1900г. описва като находка пептичната язва на анастомозата. Въпреки голямата давност на познаване на проблема и прогресивното развитието на гастро – интестиналната хирургия, възникването на пептичната язва с нейните усложнения все още преставляват дискутабилен въпрос. В настоящия обзор са разгледани застрашаващите живота усложнения на пептичната язва на гастро-ентероанастомозата – острата хеморагия и перфорацията.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: За периода 2010г.-2016г. във Втора коремна хирургия на МБАЛ ”Св. Анна-Варна” АД са били хоспитализирани 72 пациенти по повод настъпило усложнение от пептична язва на ГЕА, доказано чрез ФЕГДС. Средната възраст на пациентите е била 67 г. Разпределението по пол е съответно 18 жени (25%) и 54 мъже (75%). На консервативно лечение са били подложени 60 (83,3%) болни. Останалите 12 (16,7%) са оперирани по спешност, поради данни за перфорация на язва (6 пациента) или неповлияващо се кървене (6 пациента). Според предходния вид оперативна намеса върху стомаха, пациентите се разпределят по следния начин: след операция по Billroth I – 10 пациента (13,8%), Billroth II – 38 пациента (52,8%), ГЕА – 24 пациента (33,4%).

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ: Средният болничен престой на консервативно лекуваните пациенти е бил 4,6 дни, а на оперираните пациенти – 11,1 дни. При 2 пациенти (2,7%) е регистриран смъртен изход постоперативно, в следствие на непълно компенсирани хеморагичен шок и обостряне на налични хронични заболявания. Пептичните язви са сериозно усложнение след стомашна резекция или гастро-йеюностомия, появата им е пряко свързана с повишена солнокиселинна секреция в стомаха. Консервативното лечение е доказало ефикасността си, но хирургичното остава метод на избор, в случай на усложнения. Успехът му зависи от избора на оперативна техника и предоперативната оценка на пациента.

УВОД: Първата успешна гастроентеростомия е извършена през 1881г. от Theodor Billroth при пациент с карцином на стомаха след частична гастректомия. През същата година Wolfer извършва първата палиативна гастройеюностомия поради невъзможност за гастректомия. По-късно Billroth също извършва палиативна гастройеюностомия, но пациента загива и по време на аутопсията се установява т. нар. синдром на късата приводяща чревна бимка (1). За да избегне това усложнение Wolfer въвежда Roux-en Y анастомозата през 1883г., а през 1887г. тя е популяризирана от Cesar Roux в Лозана (2). В следващите години Kroenlein неуспешно модифицира частичната гастректомия на Billroth като свързва йеюнума директно с отрязания край на стомаха. Същата процедура е извършена успешно от von Eiselsberg и след това е модифицирана от Mikulicz, Reichel, Поля, и Финстерер (2).

За първи път Braun през 1900г. описва като находка пептичната язва на анастомозата (4). През 1913г. Hertz представя неблагоприятните ефекти от гастро-ентеростомията, като след това Mix през 1922г. описва характеристиките на дъмпинг-синдрома. Значим момент в лечението на пептичната язва е въвеждането на ваготомията от Dragdstedt и Owens през 1943г. (2).

Независимо от непрекъснатото усъвършенстване на хирургичната техника и множеството варианти и модификации на оперативните намеси върху стомаха, все още се наблюдават следоперативни усложнения, които често застрашават живота на болния и се определят като синдром на оперирания стомах. Тези усложнения могат да се класифицират най-общо като:

I. Интраоперативни усложнения

II. Ранни следоперативни усложнения

III. Късни следоперативни усложнения

1. Пострезекционни синдроми:

- органични – язва на анастомозата, гастро-колични фистули, синдром на приводящата бримка и други;

- функционални – дъмпинг-синдром, хипогликемичен синдром, ГЕР и др.

2. Постваготомични синдроми: язвен рецидив, рефлукс гастрит и езофагит, нарушения в изпразването на стомаха, ЖКБ, дъмпинг синдром.

В резултат на подобренията в хирургичната техника неблагоприятните усложнения са станали все по-голяма рядкост, но познаването и лечението им често води до превръщането на един сравнително неуспешен в успешен случай.

В настоящия доклад са разгледани застрашаващите живота усложнения на пептичната язва на гастро-ентероанастомозата – острата хеморагия и перфорацията.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: За периода 2010 г.–2016 г. във Втора коремна хирургия на МБАЛ ”Св. Анна–Варна” АД са били хоспитализирани 72 пациенти по повод настъпило усложнение от пептична язва на ГЕА, доказано чрез ФЕГДС при пациентите с клинична проява кървене – хематемеза или мелена, или чрез обзорна рентгенография при пациентите с клинични данни за перфорация. ФЕГДС е най-добрият и бърз метод за откриване на източника на кървене и оценка тежестта на кръвоизлива. Наред с това дава възможност за провеждане на ендоскопска хемостаза. При пациенти с предполагаема рецидивна язва е необходимо те да бъдат ендоскопирани като първа диагностична процедура, тъй като интерпретацията на рентгеновите образи не е лесна поради деформирането и артефактите (в зависимост от типа на адхезиите) създадени от първичната операция.

РЕЗУЛТАТИ: Средната възраст на пациентите е била 67 г. Разпределението по пол е съответно 18 жени (25%) и 54 мъже (75%). На консервативно лечение са били подложени 60 (83,3%) болни. Останалите 12 (16,7%) са оперирани по спешност, поради данни за перфорация на язва (6 пациента) или неповлияващо се кървене (6 пациента). При 4 от пациентите с данни за перитонит от перфорация на пептична язва е извършена ексцизия на язвата с последваща сутура, а при останалите 8 – хемостатична или възстановяваща сутура. За извършване на хемостаза са направени 4 гастротомии и 2 ентеротомии. Средното оперативно време е 140 минути, обусловени от наличните адхезии от предходната оперативна интервенция, налагащо щателен дебридмант.

След постъпване в отделението на всички пациенти с данни за кървене от пептична язва на ГЕА е започната инициална терапия с ИПП. При двама от оперираните пациенти по повод остра хеморагия е имало първоначално овладяване на кървенето, но поради рецидив са подложени на оперативно лечение. От проведената ФЕГДС на пациентите е установено, че 24 (33,3%) от тях имат и ерозивен рефлукс гастрит като допълнителна находка освен кървяща пептична язва на ГЕА.

Средния изходен хемоглобин при оперираните пациенти с кървяща пептична язва на анастомозата е 60 g/l, а при консервативно лекуваните – 94 g/l. При оперираните болни предходната операция е била средно преди 12 г, а при консервативните пациенти – 18г., като най – краткият срок е 1 година, а най дългия – 48г.

Според предходния вид оперативна намеса върху стомаха, пациентите се разпределят по следния начин: след операция по Billroth I – 10 пациента (13,8%), Billroth II – 38 пациента (52,8%), ГЕА – 24 пациента (33,4%).

Средният болничен престой на консервативно лекуваните пациенти е бил 4,6 дни, а на оперираните пациенти – 11,1 дни. При 2 пациенти (2,7%) е регистриран смъртен изход постоперативно, поради непълно компенсирани хеморагичен шок с развитие на остра дихателна и

сърдечна недостатъчност, и обостряне на налични хронични придружаващи заболявания – исхемична болест на сърцето, АА при ПМ, ХБН, ХОСН.

Според етиологичния фактор довел до извършване на ГЕА в предходната операция при 50 (69,4%) пациента е язвена болест на стомаха или дуоденума, а при 22 (30,6%) е злокачествено новообразувание на стомах или панкреас.

ДИСКУСИЯ: Пептичната язва е широко разпространено заболяване, засягащо от 6 до 15 % от населението на развитите страни. (14) Основна причина за възникването на пептичната язва е прякото корозивно действие на солната киселина и пепсина върху гастро–интестиналния тракт като приема на НСПВ, алкохол и тютюнопушенето повишават значително риска от настъпване на усложнения (5,6). Важно значение има и баланса на влиянието на защитните и агресивните фактори върху лигавицата на стомаха, тънкото черво или анастомозата. В болшинството от случаите защитните фактори преобладават над агресивните, което протектира стомашната и дуоденалната лигавица от поява на язва. Смята се, че при нарушаване на този баланс (теория за везните на Vockus) се създават условия за улцерогенеза. Пептичната язва е хронично–рецидивиращо заболяване. (15) Язвата се образува на самата анастомоза или до 5–10 cm дистално от нея. Обикновено е единична, но може да се наблюдава и множество от язви. Обикновено лезиите са с диаметър по–малък от 1 cm, с ясно отграничени ръбове и в противовес на повърхностните увреди при острата улцерация проникват в дълбочина през muscularis mucosae до субмукозата и дори в tunica muscularis. Патоморфологичният субстрат на язвата представлява некротичен участък, лежащ върху грануляционна тъкан и заобиколен от зоната на фиброза. (17,18) Поради голямата склонност за кървене на пептичната язва на ГЕА, хеморагията по правило е обилна и се проявява предимно с мелена, а доста по–рядко и с хематемеза. (7,8).

Характерни симптоми на гастро–йеюналната язва са болката след нахранване, по–изразена при прием на алкална храна, гадене с епизодично повръщане (особено при стеноза на стомата), безапетитие, загуба на тегло, чести регургитации, формиране на гастро–колична фистула при перфорация на язвата към дебелото черво. Болката се появява 30–90 мин след нахранване и е подобна или по–силна от „нормалната“ язвена болка. Обикновено се локализира в епигастриума, в ляво от срединната линия, лява илиачна ямка като може и да ирадира към скротума. В други случаи поради по–високия стоеж субдиафрагмално на стомашния остатък и ГЕА, болката може да се проектира ретростернално, в лява гръдна област и лявото рамо, което съпроводено и от ЕКГ промени може да имитира ОМИ (10). Клинично се различават два типа перфорация: остра, фудроянтна перфорация на йеюнална язва, локализирана близо до стомата, без продормални симптоми, или бавна пенетрация и перфориране на маргинална язва с периодична екзацербация на симптомите (7,8,9). Друг интересен признак в клиничната картина на перфориралата пептична язва е по–слабо изразеният мускулен дефанс и перитонеално дразнене. Това може да се обясни с факта, че смесените стомашни и йеюнални секрети не оказват толкова силно дразнещо действие върху перитонеума в сравнение с „чистата“ солна киселина при дуоденална перфорация (10).

Условията за формирането и екцесивната секреция на солна киселина и пепсин след резекция на стомаха, водещи до развитието на рецидивни язви, могат да бъдат обусловени от недостатъчна резекция (по–малко от 2/3 от стомаха), непълна ваготомиа, наличие на остатък на антрална лигавица в дуоденалната бримка, стомашен застои след неудовлетворителна дренажна операция. Освен оперативно обусловени причините могат да бъдат и екзогенни – неадекватно или никакво следоперативно лечение с ИПП, НСПВС, тютюнопушене, персистиращ гастрит, предизвикан от *H.pylori*, или ендокринни – гастрином, хиперпаратиреоидизъм. (12)

Въпреки голямата давност на познаване на проблема и прогресивното развитието на гастро–интестиналната хирургия, възникването на пептичната язва с нейните усложнения все още представляват дискусатилен въпрос.

Библиография:

1. Billroth T. Offenes schreiben an Herrn Dr. Wittelshofer. Wien Med Wochenschr. 1881. 31:162-5.
2. Robinson JO. The history of gastric surgery. Postgrad Med J. 1960 Dec. 36:706-13
3. Casal MA. [Cesar Roux and his Roux-en-Y anastomosis]. Acta Gastroenterol Latinoam. 1993. 23(3):175-85.
4. Peptic ulcer of the jejunum by a. W. Mayo Robson, f.r.c.s., 1904

5. Cheung LY, Delcore R. Sabiston's text book of surgery: Stomach. 2009:846.
6. Russell RCG, Norman WS, Bulstrode JK. Bailey & Love's short practice of surgery: Stomach and Duodenum. 26:1039.
7. Estes WJ Jr. Advanced Gastrojejunal Ulcer Ann Surg 1932 Aug, 96(2):250-257
8. Colp R. Surgical Problems In The Treatment Of Gastrojejunal Ulceration 1941 Oct, 114(4):543-569
9. Clinical aspects of Gastrojejunal ulcer, Ferdinand m. Jordan, m.d, 1936 Jan, 84-85.
10. Free Perforation of Gastrojejunal Ulcers after Gastrectomy R. Reiss, m.d. and C. Antal, m.d, American Journal of Surgery
11. Management of Postgastrectomy Syndromes , John L. Sawyers, MD, the american journal of surgery volume 159 january 1990
12. Диагностика и лечение на инфекцията с *Helicobacter pylori*. Диагностичен и терапевтичен алгоритъм. Българска хепатогастроентерология, 11-15; кн. 2, 2010.
13. Warren JR, Marshall BJ. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984;1:1310-1314
14. Laine L, Yang H, Chang SC, Datto C. Trends for incidence of hospitalization and death due to GI complications in the United States from 2001 to 2009. Am J Gastroenterol 2012; 107:1190.
15. Graham DY. Changing patterns of peptic ulcer, gastro-oesophageal reflux disease and *Helicobacter pylori*: a unifying hypothesis. Eur J Gastroenterol Hepatol 2003; 15:571
16. Malfertheiner P., Chan F., McColl K. Peptic ulcer disease. The Lancet 2009; 374: 1449-61
17. Berne, C. J., L. S. Rosoff, L. M. Nihus, C. Wastell. Surgery of the stomach. Boston, 1977, 449
18. Chrostopher, D. Textbook of Surgery. New York, Sainders Co., 1984.

21. ИНОВАТИВЕН МЕТОД ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА АНАСТОМОЗНА ИНСУФИЦИЕНЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ НА ЛЯВ КОЛОН И РЕКТУМ

М. Соколов¹, В. Schmied², W. Brunner², L.P.S. Stassen³, Св. Маслянков¹, К. Ангелов¹, К. Гроздев¹, Св. Тошев¹, П. Грибнев¹, М. Василева¹, Г. Велев¹, М.П. Атанасова^{1а}, Д. Цонева^{1а}, Г. Тодоров¹

¹ - Клиника по хирургия „Проф. Д-р Ал. Станишев“, УМБАЛ“Александровска“ЕАД, МФ, МУ – София

^{1а} - Клиника по анестезиология и интензивно лечение (КАИЛ-2), УМБАЛ“Александровска“ЕАД, МФ, МУ – София

² - Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie, Kantonsspital Saint Gallen (KSSG), Switzerland

³ - Dikke darm- en endeldarm chirurgie, Deartment of surgery, Maastricht University Medical Center (MUMC+), The Netherlands

Увод. Целта на нашето изследване е презентирание на приложимостта и клиничните ползи на интраоперативната оценка на перфузията на левия колон и ректума чрез използване на флуоресцентна ангиография при лапароскопска резекция на левия колон и предна резекция на ректума чрез системата PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System™ (Novadaq Technologies Inc). Инсуфициенцията на анастомозата, в колоректалната хирургия и изобщо в хирургията, е едно от най-тежките и неприятни, за хирурга и пациента, постоперативно хирургично усложнения, което пряко допринася за повишаване честотата на вторичния хирургичен морбидитет и морталитета, а при онкологичните случаи и честотата на рецидивната болест. Един от най-важните рискови фактори за инсуфициенция е адекватността на перфузията на проксималния и дисталния чревен сегмент.

Материали и методи. Проспективно триинституционално проучване на 26 пациента, претърпели лапароскопски (23 болни, от тях 7 TaTME) и роботни (3 болни – 1-ректум и 2-сигма) леви колонни и предни резекции на ректума, оперирани в университетски хирургични центрове в Сент Гален, Швейцария и Маастрихт, Холандия през периода януари, 2016 – януари, 2017. Приложение на PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System (Novadaq) за оценяване на чревната перфузия (в три модалности - high-definition white-light video; SPY Fluorescence mode; PINPOINT near infrared (NIF)Fluorescence mode , използван контраст ICG) на два етапа – първи, при избор на

нивото на проксимална трансекция – по време на лапароскопията и втори - след формиране на анастомозата – оценка на мукозния интегритет и перфузия чрез проктоскопия. Извършен е сравнителен анализ на показателите: демографски; рисков профил на анастомозата (отстояние от линията на Hilton; мобилизация на лявата флексура; ниво на лигиране на долната мезентериална артерия); промяна в първоначалния план за ниво на проксимална трансекция на червото и промяна в поведението към анастомозата след създаването ѝ; честота на анастомозни инсуфициенции и други следоперативни усложнения и смъртност; икономическа обосновка. Анализът на резултатите е извършен по типа на публикуваното през 2015г. (Elsevier Inc®.) мултиинституционално проспективно проучване PILLAR II (American College of Surgeons).

Резултати. Всички пациенти са оперирани в планов или порядък на отложена спешност. 81%(21) от пациентите са оперирани поради карцином (ректален – 13; ляв колон – 8), а 19%(5) по повод дивертикулна болест. Нивото на анастомозата е било средно 10±5см от линията на Hilton(anal verge). 4 (15%) анастомози са били оформени „на ръка“ – коло-анални - при TaTME, останалите – с циркулярен stapler. Мобилизиране на лява флексура е извършено в 85% от случаите. Високо лигиране на a. mesenterica inf. – в 35% от болните. Флуоресцентната оценка на перфузията е променила хирургичното поведение в 5 от случаите – при 3 е коригирала нивото на проксимална трансекция, без инсуфициенция следоперативно, а при 2 е коригирала решението за протективна стома. Не е имало случай на преформиране на вече изпълнена анастомоза. При 3 от анастомозите, въпреки адекватна перфузия е установена положителна (standard air leak test)водно-въздушна проба, което е наложило надшиване и протективна стома. Регистрирана е една следоперативна инсуфициенция (3.8%) при пациент с дивертикулит (без контактен дренаж), диабет, обезитас, АХ, обективизирана с КАТ и проктоскопия на 8СОД при клинично подозрение на база влошаващ се общ статус и лабораторни показатели. Извършена е релапароскопия с извеждане на прекъсваща пасажа илеостома, лаваж и трансанално имплантиране на endosponge-VAC – портативна система за 15 дни. Не е установен ранен постоперативен морталитет.

Дискусия. Въпреки ограничения брой проучвани пациенти, резултатите от приложението на флуоресцентната оценка на перфузията на чревните сегменти и оформената анастомоза са съпоставими и подкрепят резултатите на PILLAR II проучването за приложимостта на метода и категоричните клинични ползи при драстично намаляване честотата на анастомозни инсуфициенции в лапароскопската колоректална хирургия. Спестяването на разходите за менажиране на това тежко усложнение са и икономическата обосновка за въвеждане на методиката и в България, каквато е практиката в развитите западноевропейски страни и САЩ

Увод. Целта на нашето изследване е презентирание на приложимостта и клиничните ползи на интраоперативната оценка на перфузията на левия колон и ректума чрез използване на флуоресцентна ангиография при лапароскопска резекция на левия колон и предна резекция на ректума чрез системите PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System™(Novadaq Technologies Inc®) и NIR/ICG fluorescence imaging modular system solution™ на KARL STORZ® . Инсуфициенцията на анастомозата, в колоректалната хирургия и изобщо в хирургията, е едно от най-тежките и неприятни, за хирурга и пациента, постоперативно хирургично усложнения, което пряко допринася за повишаване честотата на вторичния хирургичен морбидитет и морталитета, а при онкологичните случаи и честотата на рецидивната болест. Един от най-важните рискови фактори за инсуфициенцията е адекватността на перфузията на проксималния и дисталния чревен сегмент.

Материали и методи. Проспективно триинституционално проучване на 26 пациента, претърпели лапароскопски (23 болни, от тях 7 TaTME) и роботни (3 болни – 1-ректум и 2-сигма) леви колонни и предни резекции на ректума, оперирани в университетски хирургични центрове в Сент Гален, Швейцария и Маастрихт, Холандия през периода януари, 2016 – януари, 2017. Приложение на PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System (NOVADAQ Technologies Inc.) за оценяване на чревната перфузия (в три модалности - high-definition white-light video VIS; SPY Fluorescence mode; PINPOINT near infrared (NIF)Fluorescence mode , използван контраст ICG) и NIR/ICG fluorescence imaging modular system solution™ на KARL STORZ®, използван контраст ICG, на два етапа – първи, при избор на нивото на проксимална трансекция – по време на лапароскопията и

втори - след формиране на анастомозата – оценка на мукозния интегритет и перфузия чрез проктоскопия. Извършен е сравнителен анализ на показателите: демографски; рисков профил на анастомозата (отстояние от линията на Hilton; мобилизация на лявата флексура; ниво на лигиране на долната мезентериална артерия); промяна в първоначалния план за ниво на проксимална трансекция на червото и промяна в поведението към анастомозата след създаването ѝ; честота на анастомозни инсуфициенции и други следоперативни усложнения и смъртност; икономическа обосновка. Анализът на резултатите е извършен по типа на публикуваното през 2015г. (Elsevier Inc®.) мултиинституционално проспективно проучване PILLAR II (American College of Surgeons). Резултати. Всички пациенти са оперирани в планов или порядък на отложена спешност. 81%(21) от пациентите са оперирани поради карцином (ректален – 13; ляв колон – 8), а 19%(5) по повод дивертикулна болест. Нивото на анастомозата е било средно 10±5см от линията на Hilton(anal verge). 4 (15%) анастомози са били оформени „на ръка“ – коло-анални - при ТаТМЕ, останалите – с циркулярен stapler. Мобилизиране на лява флексура е извършено в 85% от случаите. Високо лигиране на a. mesenterica inf. – в 35% от болните. Флуоресцентната оценка на перфузията е променила хирургичното поведение в 5 от случаите – при 3 е коригирала нивото на проксимална трансекция, без инсуфициенция следоперативно, а при 2 е коригирала решението за протективна стома. Не е имало случай на преформиране на вече изпълнена анастомоза. При 3 от анастомозите, въпреки адекватна перфузия е установена положителна (standard air leak test)водно-въздушна проба, което е наложило надшиване и протективна стома. Регистрирана е една следоперативна инсуфициенция (3.8%) при пациент с дивертикулит (без контактен дренаж), диабет, обезитас, АХ, обективизирана с КАТ и проктоскопия на 8СОД при клинично подозрение на база влошаващ се общ статус и лабораторни показатели. Извършена е релапароскопия с извеждане на прекъсваща пасажа илеостома, лаваж и трансанално имплантиране на endosponge-VAC – портативна система за 15 дни. Не е установен ранен постоперативен морталитет.

Дискусия. Въпреки ограничения брой проучвани пациенти, резултатите от приложението на флуоресцентната оценка на перфузията на чревните сегменти и оформената анастомоза са съпоставими и подкрепят резултатите на PILLAR II проучването за приложимостта на метода и категоричните клинични ползи при драстично намаляване честотата на анастомозни инсуфициенции в лапароскопската колоректална хирургия. Спестяването на разходите за менажиране на това тежко усложнение са и икономическата обосновка за въвеждане на методиката и в България, каквато е практиката в развитите западноевропейски страни и САЩ.

Въведение. Колоректалният карцином увеличава непрекъснато своята честота и неговото лечение представлява все още предизвикателство пред мултидисциплинарния тим. Напредъкът в развитието на диагностичните методи, хирургичните техники и тактики, периоперативното менажиране на пациентите, алгоритмите за приложение на неoadювантно, интраоперативно и адювантно химио- и/или лъчелечение, като комплексен подход, коренно подобриха онкологичните резултати през последните две десетилетия. Въвеждането на нови технологии и апаратура, промяната в нагласата на хирурзите за миниинвазивен подход, както и доказаната онкологична целесъобразност на новите методи утвърдиха прилагането на лапароскопски, робот-асистирани и трансанални (ТрансАнална Тотална Мезоректална Ек்சизия) интервенции в ежедневната хирургична практика. При случаите на ректален карцином това позволява все по-голяма честота на органосъхраняващи резекции с все по-ниско ниво („ултраниски“) на формиране на анастомоза и избягване на постоянна колостома, което има отношение към качеството на живот на болните.

Въпреки това, относително високата честота на едно от най-тежките усложнения – анастомозната инсуфициенция (3%-20%, [1-5]) е причина за повишаване на вторичния постоперативен морбидитет, както и на ранната следоперативна смъртност – 6%-22%[5,6], а при онкологичните случаи – и честотата на локо-регионалните рецидиви и генерализацията. Най-често визираните рискови фактори (групираны като такива, свързаны с пациента, технически и неадекватно обезпечаване на микроперфузия) за инсуфициенция на анастомозата са мъжкия пол, ниво на формиране на анастомозата, предоперативна радиотерапия, тютюнопушене, интраоперативни неблагоприятия[7-9], като „лошата техника“ и компрометирането на микроциркулацията в зоната

на анастомозата са най-важните сред тях[10-13]. Въведените в редица центрове технологии за интраоперативна визуализация на перфузията на анастомозните краища в реално време са практическа опция за минимизиране на появата и неблагоприятния ефект на това усложнение. Един от тези методи, залегнал в настоящото проучване, е флуоресцентната ангиография. Тя е известна като „инструмент“ за адекватно интраоперативно визуализиране на съдови (кръвоносни, билиарни, лимфни) структури с различен калибър и е намира приложение в хепатобилиарната, горен гастро-интестинален тракт, трансплантационната и пластичната хирургия. През 2012-2013г. е проведено първото мултицентрово проспективно клинично проучване (PILLAR II), включващо 11 институции в САЩ, оценяващи ефектите от приложението на PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System (NOVADAQ Technologies Inc.), Canada, USA при вземане на решение и хирургичните резултати при лапароскопска лява колонна и предна ректална резекция. От януари 2015, и в момента, се провежда рандомизирано, контролирано, паралелно, мултицентрично проучване PILLAR III, за хирургичните резултати от оценка на перфузията чрез PINPOINT® Near Infrared Fluorescence Imaging при ниска предна резекция на ректума.

Материали и методи. Проспективно триинституционално проучване на 26 пациента, претърпели лапароскопски (23 болни, от тях 7 TaTME) и роботни (3 болни – 1-ректум и 2-сигма) леви колонни и предни резекции на ректума, оперирани в университетски хирургични центрове в Сент Гален, Швейцария и Маастрихт, Холандия през периода януари, 2016 – януари, 2017. Настоящият доклад представлява извадка с първоначални анализи и резултати за лимитиран период от проучванията, извършен в Клиника по хирургия „Проф. Д-р Ал. Станишев“, УМБАЛ“Александровска“ЕАД, МФ, МУ – София, които продължават и в момента в посочените институции, а именно: Приложение на PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System™ (NOVADAQ Technologies Inc.®) в Kantonsspital Saint Gallen (KSSG), Switzerland за оценяване на чревната перфузия (в три модалности - high-definition white-light video; SPY Fluorescence mode; PINPOINT near infrared (NIF)Fluorescence mode , използван контраст ICG) на два етапа – първи, при избор на нивото на проксимална трансекция – по време на лапароскопията и втори - след формиране на анастомозата – оценка на мукозния интегритет и перфузия чрез проктоскопия. Използване на NIR/ICG fluorescence imaging modular system solution™ на KARL STORZ® в Maastricht University Medical Center (MUMC+), The Netherlands в същите етапи на методиката. И двете системи включват “realtime endoscopic high definition visible” (VIS) – нативен образ и “near infrared” NIR fluorescence imaging. PINPOINT системата, чрез използване на интравеновен контраст – индоцианово зелено – ICG дава възможност за “near infrared” NIR - суперпониране на псевдоцветен (зелен – NOVADAQ; син-STORZ) образ върху нативния, както и при системата на STORZ (със същото контрастно вещество), но и допълнителен режим SPY image, при които „близката до инфрачервена“ флуоресценция се изобразява в черно-бял образ, демонстрирайки различнокалибренни интрамурални съдове в изследвания обект (чревен сегмент), както и възможна визуализация на лимфни съдове и лимфни възли, жлъчни пътища (незалегнали в настоящото проучване) (фиг. 1, фиг.2).

Фиг.1 PINPOINT Endoscopic Fluorescence Imaging System (NOVADAQ Technologies Inc.) с три режима на визуализация (дясна снимка):горе ляво-нативен образ VIS; в средата-SPY – визуализация на интрамурални кръвоносни съдове с малък калибър – артерии, артериоли; долу ляво-NIR – флуоресцентен образ с демаркация между адекватно перфузиран (зелено) и неперфузиран участък (NOVADAQ- ICG-PINPOINT Extracorporeal Transection Clarence Clark MD; http://novadaq.com/wp-content/uploads/2016/09/PINPOINT-Brochure-2015_MS-0218-Rev-6.pdf)

Фиг.2 NIR/ICG fluorescence imaging with the KARL STORZ modular system solution – флуоресцентен образ на адекватно микроперфузиран участък - синьо
Използваното контрастно вещество - Indocyanine green (ICG) - IC-GREEN™ (Akorn)®, разрешено за употреба от United States Food and Drug Administration (FDA), е стерилен, водноразтворим tricarboxyanine, който се въвежда интравенозно. Той абсорбира близка до инфрачервената светлина с дължина на вълната 800 nm, след което емитира флуоресцентна светлина с дължина

830 nm. Веществото бързо и екстензивно се свързва с плазмените протеини и иостава ограничено в интраваскуларното пространство, с минимално преминаване в интерстициума. Екстрахира се от съдовото русло в черния дроб за 3 до 5 мин. в жлъчните пътища без образуване на метаболити(период, лимитиращ провеждането на обективизиране на микроциркуляцията в изследвания сегмент). Веществото съдържа до 5% йодни съставки и не трябва да се прилага при свръхчувствителност към йодни съединения (опасност от анафилаксия). И двете технологични системи са монтирани на стандартни лапароскопски кули и разполагат с ригиден проктоскоп, монтиращ се на камерата.

В нашето проучване пациентите не са разделени според използвания метод (апаратура), тъй като нямаме за цел да сравняваме двете флуоресцентни системи, а да проучим възможностите на самия метод за флуоресцентна ангиография.

Извършен е сравнителен анализ на показателите: демографски; рисков профил на анастомозата (отстояние от линията на Hilton; мобилизация на лявата флексура; ниво на лигиране на долната мезентериална артерия); промяна в първоначалния план за ниво на проксимална трансекция на червото и промяна в поведението към анастомозата след създаването ѝ; честота на анастомозни инсуфициенции и други следоперативни усложнения и смъртност; икономическа обосновка. Анализът на резултатите е извършен по типа на публикуваното през 2015г. (Elsevier Inc®.) мултиинституционално проспективно проучване PILLAR II (American College of Surgeons).

Резултати. Всички пациенти са оперирани в планов или порядък на отложена спешност. 81%(21) от пациентите са оперирани поради карцином (ректален – 13; ляв колон – 8), а 19%(5) по повод дивертикулна болест. Нивото на анастомозата е било средно 10 ± 5 см от линията на Hilton(anal verge). 4 (15%) анастомози са били оформени „на ръка“ – коло-анални - при TaTME, останалите – с циркулярен stapler. Мобилизиране на лява флексура е извършено в 85% от случаите. Високо лигиране на а. mesenterica inf. – в 35% от болните. Предварително плануваното ниво на трансекция се маркира с метален клип. Последвалата флуоресцентна оценка на перфузията е променила хирургичното поведение в 5 от случаите – при 3 се е наложило коригиране нивото на проксимална проксимално трансекция поради съмнителна или компрометирана перфузия – 2 случая и дистално – в един случай с визуализация на демаркационна линия, без инсуфициенция следоперативно при всички тях. При 2 случая е коригирано решението за протективна стома, т.е. такава не е наложена поради обективизирана адекватна перфузия плюс негативен air-leak тест. Не е имало случай на преформиране на вече изпълнена анастомоза. При 3 от анастомозите, въпреки адекватна перфузия е установена положителна (standard air leak test)водно-въздушна проба, което е наложило надшиване и протективна стома. Регистрирана е една следоперативна инсуфициенция (3.8%) при пациент с адекватна перфузия при флуоресцентното изследване. Пациентът е опериран по повод дивертикулит (без поставен контактен дрен), ко-морбидитет: диабет, обезитас, АХ. Инсуфициенцията е обективизирана с КАТ и проктоскопия на 8СОД при клинично подозрение на база влошаващ се общ статус и лабораторни показатели. Извършена е релапароскопия с извеждане на прекъсваща пасажа илеостома, лаваж и трансанално имплантиране на endosponge-VAC – портативна система за 15 дни. Не е установен ранен постоперативен морталитет. Не са установени усложнения от самото приложение на метода.

Дискусия. Въпреки ограничения брой проучвани пациенти и високия риск от предубеденост (bias rate), резултатите от приложението на флуоресцентната оценка на перфузията на чревните сегменти и оформената анастомоза са съпоставими и подкрепят резултатите на PILLAR II проучването за приложимостта на метода и категоричните клинични ползи при драстично намаляване честотата на анастомозни инсуфициенции в лапароскопската колоректална хирургия. Адекватната перфузия е ключов момент за анастомозния интегритет. Конвенционалните методи за оценка – палпиране на съдови пулсации в региона на определен чревен сегмент, кървенето от транссецираните ръбове, както и промяната в колоризацията нямат достатъчно обективна стойност, а и са трудно или неприложими при лапароскопска резекция. Докато визуализационната ангиографска система Firefly (Intuitive Surgical Inc)® в роботната хирургия дава същите резултати[14], то прилагането на описаната от някои автори лазерна Doppler flowmetry и лазерна флуоресцентна ангиография са много трудно изпълними при лапароскопски операции. Разходите за лечение на анастомозна инсуфициенция нарастват двукратно спрямо цената на неусложнена

оперативна интервенция при усложнения от клас Clavien-Dindo II, трикратно при клас IIIa и четирикратно при клас IIIb [15]. Промяната в оперативния план относно неформирани протективна стома при пациент с риск за инсуфициенция профил, като резултат от негативен air leak тест, адекватна перфузия (от флуоресцентното изследване) преди трансекцията на ниво проксимална резекционна линия и от проктоскопията след формиране на анастомозата, биха спестили повторна хоспитализация и оперативна интервенция за реституция на чревния тракт с всички, произтичащи от това, ползи за пациента, както и финансови ползи. Приложението на флуоресцентната ангиография поне при рисковите анастомози (ниво на формиране < 10см от линията на Hilton; неoadювантна радиотерапия на малкия таз) с цел предотвратяване на анастомозната инсуфициенция, обуславяща висок морбидитет и морталитет, както и спестяването на разходите за менажиране на това тежко усложнение са клиничната и икономическата обосновка за въвеждане на методиката и в България, каквато е практиката в развитите западноевропейски страни и САЩ.

Литературни източници

1. Jafari MD, Wexner SD, Martz JE, McLemore EC, Margolin DA, Sherwinter DA, et al. Perfusion assessment in laparoscopic left sided/anterior resection (PILLAR) II: A multi-institutional study. *Ann Surg.* 2015 by Journal of the American College of Surgeons. Published by Elsevier Inc. open access article under the CC BY-NC-SA license, Vol. 220, No. 1, January 2015, pp 82-92 (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>), www.elementalhealthcare.co.uk
2. Kang CY, Halabi WJ, Chaudhry OO, et al. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer. *JAMA Surg* 2013;148:65e71.
3. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:1718e1726.
4. Sauer R, Fietkau R, Wittekind C, et al. Adjuvant vs. Neoadjuvant radiochemotherapy for locally advanced rectal cancer: the German trial CAO/ARO/AIO-94. *Colorectal Dis* 2003;5:406e415.
5. Hyman N, Manchester TL, Osler T, et al. Anastomotic leaks after intestinal anastomosis: it's later than you think. *Ann Surg* 2007;245:254e258.
6. Rullier E, Laurent C, Garrelon JL, et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. *Br J Surg* 1998; 85:355e358.
7. Montedori A, Cirocchi R, Farinella E, et al. Covering ileo- or colostomy in anterior resection for rectal carcinoma. *Cochrane database of systematic reviews* 2010;(5):CD006878.
8. Kingham TP, Pachter HL. Colonic anastomotic leak: risk factors, diagnosis, and treatment. *J Am Coll Surg* 2009;208: 269e278.
9. Kudzus S, Roesel C, Schachtrupp A, Hoer JJ. Intraoperative laser fluorescence angiography in colorectal surgery: a noninvasive analysis to reduce the rate of anastomotic leakage. *Langenbeck's Arch Surg* 2010;395:1025e1030.
10. Boyle NH, Manifold D, Jordan MH, Mason RC. Intraoperative assessment of colonic perfusion using scanning laser Doppler flowmetry during colonic resection. *J Am Coll Surg* 2000;191:504e510.
11. Vignali A, Gianotti L, Braga M, et al. Altered microperfusion at the rectal stump is predictive for rectal anastomotic leak. *Dis Colon Rectum* 2000;43:76e82.
12. Sheridan WG, Lowndes RH, Young HL. Tissue oxygen tension as a predictor of colonic anastomotic healing. *Dis Colon Rectum* 1987;30:867e871.
13. Kologlu M, Yorganci K, Renda N, Sayek I. Effect of local and remote ischemia-reperfusion injury on healing of colonic anastomoses. *Surgery* 2000;128:99e104.
14. Jafari MD, Lee KH, Halabi WJ, et al. The use of indocyanine green fluorescence to assess anastomotic perfusion during robotic assisted laparoscopic rectal surgery. *Surgical Endosc* 2013;27:3003e3008.
15. Vonlanthen R, Slankamenac K, Breitenstein S, Puhan MA, Muller MK, Hahnloser D, Hauri D, Graf R, Clavien P, The Impact of Complications on Costs of Major Surgical Procedures A Cost Analysis of 1200 Patients, *Ann Surg.* 2011 Dec;254(6):907-13

22. СПЕЦИФИЧНИ ТЕХНИЧЕСКИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РОБОТИЗИРАНАТА РЕКТАЛНА ХИРУРГИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ТЯХНОТО РЕШЕНИЕ

Ц. Иванов, Д. Димитров, Т. Делийски, С. Илиев, Е. Филипов, Д. Нгуен

1. Медицински Университет Плевен

Въведение: Роботизираната хирургия (РХ) има редица предимства пред конвенционалната лапароскопска хирургия, които правят тази система особено подходяща при хирургичното лечение на ректален карцином (РК). Въпреки нейните предимства РХ е свързана и с някои специфични, непознати до този момент технически усложнения, като допълнително време за докинг на системата и колизия между инструментите. Тези специфични усложнения налагат и специфични методи за тяхното разрешаване.

Цел: На база на собствено проучване да анализираме честота на техническите усложнения при роботизирани резекции на ректума по повод РК. Да проучим причините, довели до тяхното възникване и да предложим методи, чрез които да се намали честотата им.

Материали и методи: Изследването се извърши върху две групи. Група 1 – пациенти, при които се извършиха РХ на ректума по повод РК. Група 2 – пациенти, при които се направиха нестандартни антропометрични измервания. В група 1 се включиха 12 пациенти. Направихме анализ на позицията на портовете, колизията на инструментите и тяхната оптималност по време на работа. В група 2 попаднаха 100 случайно избрани пациенти, върху които извършихме антропометрично измерване на различни анатомични ориентери по предна коремна стена, които са често използвани в специализираната литература като ориентери за позицията на портовете.

Резултати: При един пациент в група 1 се наложи репозиция на портовете за 2-ри и 3-ти инструмент. Сериозна външна колизия между инструменти 2 и 3 на работа се отчете при двама пациенти. При друг пациент по време на цялата операция се отчете ограничение в движението на роботска ръка 3 в краниална, латерална и дорзална посока. В група 2 се анализираха общо 34 ориентери. Предната коремна стена увеличава своите параметри средно с 40 % при състояние на пневмоперитонеум.

Дискусия: При всички случаи в група 1 следвахме препоръките портовете да са на повече от 8 см един от друг за избягване на колизията. Въпреки това при 4 случая имахме технически затруднения, произхождащи от позицията на портовете. Предоперативното планиране и оценка на анатомията са ключов момент за успех при РХ. Базирайки се на антропометрични показатели се достига до индивидуализиране на позицията на портовете.

Заклучение. Чрез антропометрично изследване на предна коремна стена достигнахме до редица изводи и зависимости, чрез които могат да бъдат определени най-оптималните позиции на портовете при роботизираната ректална хирургия индивидуално спрямо пациента, които да намалят усложненията като колизии и да съкратят тоталното оперативно време. Необходими са допълнителни проучвания в тази насока.

23. УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ЛАПАРОСКОПСКА КОЛО-РЕКТАЛНА ХИРУРГИЯ

И. Такоров, М. Якова, И. Василевски, Ц. Луканова, В. Михайлов, Ц. Тричков, Е. Одисеева, Н.*

Владов

Клиника чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, *Клиника анестезиология и интензивно лечение

ВМА - София

Усложненията в коло-ректалната хирургия макар и редуцирани значително през последните десетилетия са все още сравнително чести. Рутинното навлизане на лапароскопската хирургия при менажирането на коло-ректалния карцином доведе до снижаване на общо-медицинската компонента, но нивото на хирургичните усложнения се запазва сравнително същото. Целта на настоящото изследване е анализ на спектъра на компликациите в процеса на развитие на програмата за лапароскопска хирургия на коло-ректалния карцином, както и представяне на превантивните мерки и поведението при възникнало усложнение.

За периода септември 2004 – декември 2016 година в клиниката са осъществени 1065 резекции по повод на коло-ректален карцином. Проспективно и ретроспективно бяха проучени извършените 231 лапароскопски интервенции. Усложнения са регистрирани при 32 пациенти (13,8%), като преобладават хирургичните – 24 пациенти (10,4%).

Най-честото усложнение е инсуфициенцията на анастомозата – установено е при 13 пациенти – при 9 след предна резекция на ректум, при 3 след резекция на сигма и при един след дясна хемиколектомия. В 11 от случаите се е наложила реоперация, докато при двама консервативното лечение е довело до успех. Илеус/субилеус е наблюдаван при 9 пациенти, като при 6 от тях се е наложило оперативно лечение – 4 случая с инкарцерация на тънкочревна бримка в отворстие на порт, 2 случая с адхезирала в малкия таз тънкочревна бримка след абдомино-перинеална резекция и един пациент с паралитичен илеус погрешно преценен като механичен. При двама пациенти е установена хеморагия от ръбовете на анастомозата след предна резекция на ректум – успешно овладяна посредством ендоскопска хемостаза. Горепосочените усложнения доведоха до корекция на някои оперативни детайли – прецизиране на индикациите за извеждане на временна протективна илеостома и обшиване на всички 10 милиметрови портове с трансфасциална игла в края на интервенцията.

Следоперативните усложнения категорично влошават качеството на живот в краткосрочен аспект, значително повишават разходите за лечение, но най-вече могат да повлияят негативно на дългосрочната прогноза в контекста на забавен старт или невъзможност за провеждане на адювантно системно лечение когато то е необходимо. Доброто разбиране на рисковите фактори за възникването на усложненията и правилното им менажиране могат да подобрят резултатите в кратко- и дългосрочен план.

24. УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛНИ НАРАНЯВАНИЯ НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО

Г. Киров, Арк. Иванов, Н.Иванова
„IV МБАЛ – София” ЕАД, Хирургично отделение

Авторите споделят тридесет годишен опит от диагностиката и хирургичната тактика при огнестрелни наранявания на дебелото черво при 74 пациента. Представена е петстепенна работна класификация, която съчетава, обема на лезията на дебелото черво, кръвозагубата, фазата на перитонита и увреждането на други органи и системи. Локализацията на увредите е:

Цекум – 2 (2,70%); Колон асценденс – 14 (18,90%); - колун трансверзум – 25 (33,88%); - колон десценденс – 13 (17,57%); колон сигмоидеум – 15 (20,27%); повече от една локализация – 5 (6,76%). Извършени са следните оперативни интервенции: - опресняване на ръбовете и сутура – 9 (13,04%); сутура с илиостомия – 5 (7,25%); сутура с колостомия – 11 (15,94%); резекция с анастомоза без колостомия – 6 (8,70%); резекция с анастомоза и колостомия – 8 (11,59%); хемиколектомия без колостомия – 3 (4,35%); хемиколектомия с колостомия – 13 (18,84%); хемиколектомия с илиостомия – 4 (5,80%); операция на Хартман – 5 (7,25%); екстериоризация – 5 (7,25%).

Наблюдавани са усложнения: перитонит – 37 (23,87%); хеморагия – 23 (14,84%); сепсис 13 (8,39%); пневмония 10 (6,45%); илиус – 17 (10,97%); панкреатит – 3 (1,94%); ДИК – 5 (3,23%); хепаторенален синдром – 6 (3,87%), БТЕ – 5 (3,23%); некротичен фасцит – 4 (2,58%); супурация на раната – 32 (20,65%). Следоперативна смъртност е установена – 32 (46,38%), една от най-високите. Това се дължи на тежката хеморагия с масивна контаминация, септични усложнения с необратими разстройства в имунитета и време от прострелването да началото на операцията. Представен е алгоритъм за хирургично поведение при огнестрелни наранявания на дебелото черво.

25. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БОЛЕСТ НА КРОН, ИЗИСКВАЩИ ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР И СЛУЧАИ ОТ ПРАКТИКАТА

Илиев С, Владова П, Пресолски Ив., Недялков К.

Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия
„ УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен „
Медицински Университет – гр. Плевен

Увод

Според данни от последните ръководства и препоръки на Американската асоциация по гастроентерология, болестта на Крон обхваща група от заболявания със специфични клинични симптоми, патогномонични патологонатомични промени, характеризиращи се с местно, асиметрично, трансмурално и понякога грануломатозно възпаление, първично засягащо гастроинтестиналния тракт .

Усложненията на болестта на Крон се разделят на две големи групи: такива, които засяга гастроинтестиналния тракт (ГИТ) и такива, засягащи органи извън ГИТ. Гастроинтестиналните усложнения, налагащи хирургична интервенция са чревна обструкция, интраабдоминален абсцес, чревни вътрешни и външни фистули и остро абундатно, неповлияващо се от консервативното лечение кървене от ГИТ.

Цел

Целта на настоящия доклад е да анализира данните в достъпната литература по проблема и да представи нашия опит в лечението на усложненията на болестта на Крон, изискващи хирургична интервенция.

Материали и методи

Ретроспективно проучване за 3-годишен период (2014 – 2016), включващо 6 пациента с усложнения на болестта на Крон, оперирани в Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия към „ УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен“ в спешен порядък.

Резултати и дискусия

Трима пациента бяха с картината на остра чревна непроходимост, при които изведохме провизорен анус претер. Един от пациентите беше с остър хирургичен корем на базата на интраабдоминален абсцес, дължащ се на болест на Крон, при който дренирахме абсцеса. Останалите двама пациенти - с картината на масивна хеморагия, неповлияваща се от консервативното поведение, при които извършихме резекция на засегнатия участък с латеро-латерална анастомоза.

Заклучение

Лечението на болестта на Крон е комплексно и продължително. Висок процент от гастроинтестиналните усложнения налагат животоспасяваща оперативна интервенция.

Ключови думи: болест на Крон, усложнения, хирургична интервенция

Въведение

Болестта на Крон обхваща група от заболявания със специфични клинични симптоми, патогномонични патологонатомични промени, характеризиращи се с местно, асиметрично, трансмурално и понякога грануломатозно възпаление, първично засягащо гастроинтестиналния тракт. Възниква в резултат на патологичен имунен отговор към коменсална флора при генетично педразположени хора [1].

Все още продължава да се приема, че болестта на Крон е практически неличима[2]. Много от приетите схеми за лечение се позовават на клинични проучвания и на опита на клиницистите. През 2012 година група от Корейски лекари изработват ръководство за поведение и лечение на болестта на Крон. С издаването на подобно ръководство се стандартизира терапията и се дава възможност за прецизиране и адекватност в менажирането на такъв вид пациенти.

Целта на лечението е по-дълго време пациентите да са във фаза на ремисия, да имат по-добро качество на живот и да се намали риска от усложнения. Усложненията на болестта на Крон се

разделят на две големи групи: такива, които засягат гастроинтестиналния тракт (ГИТ) и такива, засягащи органи извън ГИТ.

Значителен брой от пациентите с болест на Крон изискват хирургична намеса в хода на тяхното заболяване. Според скорошен метанализ, 10-годишния риск от операция след диагностициране на болест на Крон е 46,6%[2]. Въпреки това, процентът на операциите е с тенденция към намаляване през последните десет години, което се смята, че се дължи на развитието на нови биологични терапевтични агенти. В повечето случаи, хирургия не може да бъде радикална [3]. Към нея се прибегва в случаите на усложнения, които не могат да бъдат лекувани консервативно или в случаите, когато хирургичната намеса ще даде по-бърз отговор.

Индикациите за хирургия включват перфорация на червата, неконтролирано кървене, упорита или повтаряща запушване на червата, стриктура или злокачествени тумори. Хирургия също се предприеме, ако няма отговор от консервативното лечение или ако лекарственото лечение не може да продължи, поради неговите странични ефекти. Системно приложение на кортикостероиди (преднизолон ≥ 20 мг за най-малко 2 седмици) увеличава риска от следоперативни инфекции[2]. Ето защо, системни кортикостероиди трябва да бъдат намалени преди операцията, когато е възможно.

Цел

Целта на настоящия доклад е да анализира данните в достъпната литература по проблема и да представи нашия опит в лечението на усложненията на болестта на Крон, изискващи хирургична интервенция.

Материали и методи

Разглеждаме 6 случая на пациенти, оперирани в условията на спешност и отложена спешност с данни при хоспитализацията за чревна непроходимост и/или масивна ректоторагия, неповлияваща се от консервативното лечение. Хистологичната верификация на спесиментите доказва болест на Крон при шестимата болни. В първите два случая интраоперативно се намериха солидни туморни формации, конfluиращи помежду си и обхващащи терминален илеум и цекум, с увеличени лимфни възли по хода на а. илеоколика без типичните промени на мезентериума и червника, характерни за болестта на Крон. Извършихме дясна хемиколектомия и илеотрансверзален байпас. Един от пациентите беше с остър хирургичен корем на базата на интраабдоминален абцес, дължащ се на болест на Крон, при който дренирахме абсцеса. Останалите трима пациенти бяха с картината на масивна хеморагия, неповлияваща се от консервативното поведение, при които извършихме парциална резекция на засегнатия тънкочревен участък с последваща латеро-латерална илео-илео анастомоза на два етажа.

Пациентите са проследени за двугодишен период и насочени към специализирани центрове за последващо лечение.



Снимка №1. Пациент с туморна формация на цекума и доказана в последствие при хистологичното изследване болест на Крон. Вижда се нетипичната макроскопска картина на вече отстранения и отворен участък от илеума и цекума. Инструментът е поставен във вътрешния отвор на апендикса.



Снимка №2. Същият препарат, но при разрязан илеум и цекум. Вижда се дебелочревна туморна формация с полиповидна форма в близък план. Хистологична диагноза - болест на Крон.

Резултати и обсъждане

При болестта на Крон няма специфичен симптом, характерен само за това заболяване. В зависимост от локализацията в гастроинтестиналния тракт се определя и клиничната картина. Най-честата локализация е терминалният илеум[4]. Чест клиничен синдром е диарията, среща се в 90% от болните, особено при дебелочревна локализация. Обикновено е водниста и се появява през ноща. Болката е коликообразна и е чест симптом в 80-95% от болните. При прегледа се

установява най-често желязо-дефицитна анемия, значителна редуция на тегло, понякога отоци, поради хипоалбуминемията. Задебелени бримки в илеума, туморни маси, болезнени при палпация могат да се открият в илеоцекалната област. Болестта на Крон се лекува медикаментозно, докато при усложнените форми се предприема хирургична интервенция с последващо медикаментозно, адюватно лечение[5]. Хирургичното лечение не е метод на избор в лечението на болестта на Крон, а е животоспасяваща интервенция, която се извършва само при налични усложнения. Индикациите за хирургия включват перфорация на червата, неконтролирано кървене, упорита или повтаряща запушване на червата, въпреки лечение поради стриктура или злокачествени тумори. В нашите клиничните случаи се предприе оперативно лечение, поради усложнени форми на Крон, довели до чревна непроходимост, имитираща макроскопски туморен процес на цекума, неразпозната и нелекувано до момента на хоспитализацията на пациентите и поради абундантно кървене без резултат от медикаментозната хемостаза.

Диагнозата болест на Крон се поставя след хистологично и имунохистохимично изследване и не може да бъде поставена или отхвърлена категорично само по анамнестични и клинични данни. В условията на спешност обема и вида на оперативната интервенция зависят изцяло от опита и преценката на оперативния екип. Изпращането на геффрир за експресна диагноза не е информативно изследване при конкретната патология и не е показано. При него може да се изкаже предположение за Крон , но се налагат допълнителни изследвания, което отново принуждава оператора да вземе решение за обема и вида интервенция, базирайки се на опита си и макроскопската картина на процеса.

Изводи

Въпреки познаването на клиничната картина и макроскопската находка при болест на Крон, понякога е трудно интраоперативно да се постави правилна диагноза и да се извърши необходимия обем оперативно вмешателство. В представения от нас клиничен материал е отстранен по-голям обем от чревника съобразен с изискванията за лечение на злокачествено заболяване в илеоцекалната област, а не със стандартите за хирургично поведение при лечение на усложнен Крон.

Честотата на това заболявания нараства, но диагнозата се поставя обикновено след настъпилите усложнения или случайно при проведено оперативно лечение в условията на спешност. Ранната диагноза и приложението на утвърдените схеми и алгоритми на лечение са предпоставка за добри резултати и прогноза. Избора на подходяща оперативна тактика е важно условие за спестяване на последващи усложнения и неблагоприятен изход от лечението.

Усилията трябва да бъдат насочени към профилактични прегледи и семинари с лекарите от доболничната помощ за насочване на вниманието към този вид заболяване.

Библиография

1. Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J. A simple classification of Crohn's disease: Report of the Working Party for the World Congresses of Gastroenterology, Vienna 1998. *Inflamm Bowel Dis.* 2000;6:8–15.
2. Second Korean guidelines for the management of Crohn's disease. Jae Jun Park, Suk-Kyun Yang, Byong Duk Ye, Jong Wook Kim, Dong Il Park, Hyuk Yoon, Jong Pil Im, Kang Moon Lee, Sang Nam Yoon, Heeyoung Lee. *Intest Res* 2017;15(1):38-6.
3. Management of Crohn ' s Disease in Adult. Gary R. Lichtenstein, Stephen B. Hanauer , William J.Sandborn, The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* advance online publication, 6 January 2009; doi:10.1038/ajg.2008.168.
4. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 3–25 doi:10.1093/ecco-jcc/jjw168 Advance Access publication September 22, 2016 ECCO Guideline/Consensus Paper.
5. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 135–149

26. ТЪНКОЧРЕВНА МЕХАНИЧНА НЕПРОХОДИМОСТ-СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ

Арк. Иванов, Г. Киров, Н.Иванова
„IV МБАЛ – София” ЕАД, Хирургично отделение

Тънкочревната механична непроходимост (ТМН) е една от най-честите причини за хоспитализация в спешните хирургични клиники. Основните причини за появата на този сложен синдром са постоперативните адхезии и инкарцерираните хернии. Тяхната честота и свързаните с тях морбидитет и морталитет остават сравнително постоянни, като през последните десетилетия.

На анализ са подложени 742 оперирани болни с тънкочревна механична непроходимост в Клиниката по спешна хирургия на Държавна университетска болница „Царица Йоанна” и Хирургично отделение на „IV МБАЛ – София” ЕАД за период от 20 години – от 1993 до 2012 година. Тези пациенти оформят клиничния материал, който служи за основа на математико-статистическия анализ. От общия брой 742 пациенти- 386 (52%) са мъже и 356 (48%) жени. Средната възраст е 62 години (мин. – 15 год., макс. – 96 год.), като при мъжете тя е 61 години (от 15 до 96 год.), а при жените 63,4 години (от 19 до 95 год.) Най-голям е броят болни и съответно техният процент във възрастовата група над 60 години – 65% от всички болни с ТМН, като тези над 70 години са 38,2%. При мъжете тези стойности съответно са 64% и 38%, а при жените – 65% и 38,4%. Оперативните интервенции според причината за ТМН са: инкарцерирани хернии-257(46.8%); адхезии-260(34.2%); тумори-62(8.1%); волвулус-27(3.6%); жлъчен конкремент-14(1.9%); абсцеси-12(1.5%); радиационен ентерит-8(1.0%); вътрешни хернии-8(1.0%); болест на Крон-8(1.0%); чужди тела-6(0.8%); При 22 пациенти авторите изследват плазмената концентрация на малондиалдехид за пред оперативно установяване на тънкочревна исхемия. При 24 пациенти с 50 обособени тънкочревни сегменти виталитета на тънкото черво е установен с ултравиолетова светлина и флуоресцентен индикатор – флуоресцеин натрий. На анализ е подложена диагностичната стойност на някои клинични симптоми, лабораторни тестове и тяхното съчетание за ранната диагностика на тънкочревната странгулация.

Според авторите основните фактори които имат негативно влияние върху преживяемостта и морбидитета при ТМН са странгулацията на тънкото червото с гангрена и евентуална перфорация; забавяне на лечението с тежки водно-електролитни нарушения и интоксикация; напредналата възраст и наличният коморбидитет.

Доклад

Тънкочревната механична непроходимост (ТМН) е една от най-честите причини за хоспитализация в спешните хирургични клиники. Основните причини за появата на този сложен синдром са постоперативните адхезии и инкарцерираните хернии. Тяхната честота и свързаните с тях морбидитет и морталитет остават сравнително постоянни, като през последните десетилетия.

Проучването обхваща 742 пациенти оперирани за тънкочревна механична непроходимост, на възраст над 14 години, на които са извършени 762 оперативни интервенции за период от 20 години – от Януари 1993 до Декември 2012 г. в Клиниката по спешна хирургия на ДУБ „Царица Йоанна” гр. София и Хирургично отделение на „IV МБАЛ – София” ЕАД.

Таблица 1. Разпределение на болните с ТМН по пол и възраст

Брой/%	< 21г	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	ОБЩО
МЪЖЕ	24/ 6.1	27/ 6.9	24/ 6.1	25 / 6.5	41/ 10.7	101 26.3	97/ 25.2	47/ 12.2	386/ 52

ЖЕНИ	5/ 1.2	16/ 4.4	16/ 4.4	43/ 11.8	39/ 11	97/ 27.3	97/ 27.3	43/ 12.2	356/ 48
ОБЩО	29/ 3.9	43/ 5.9	40/ 5.5	68/ 9.2	80/ 10.8	198/ 26.5	194/ 26.1	90/ 12.1	742 / 100

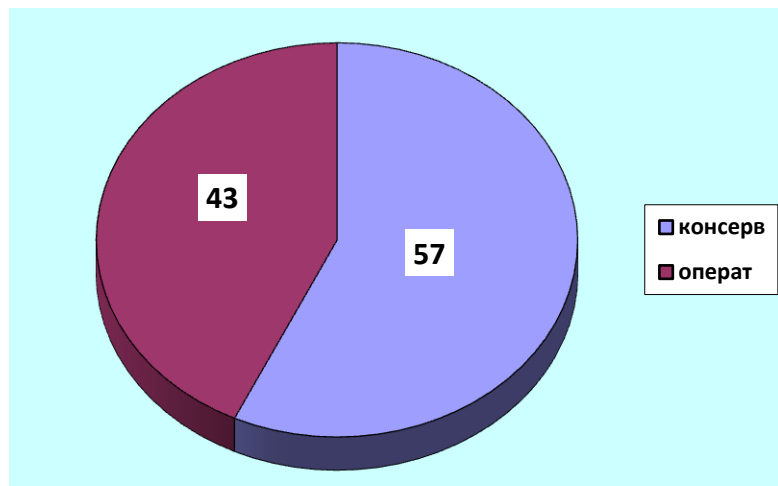
От общия брой 742 пациенти 386 (52%) са мъже и 356 (48%) жени. Средната възраст е 62 години (мин.- 15 год., макс.- 96 год.), като при мъжете тя е 61 години (от 15 до 96 год.), а при жените 63,4 години (от 19 – до 95 год.). Най-голям е броят болни и съответно техният процент във възрастовата група над 60 години – 65% от всички болни с ТМН, като тези над 70 години са 38,2%. При мъжете тези стойности съответно са 64% и 38%, а при жените – 65% и 38,4%.

Таблица 2. Най-честите причини за възникване на ТМН

Етиология	Брой операции	Процент
Хернии	357	46.8
Адхезии	260	34.2
Тумори	62	8.1
Волвулус	27	3.6
Жлъчен конкремент	14	1.9
Абсцеси	12	1.5
Радиационен ентерит	8	1.0
Вътрешни хернии	8	1.1
Болест на Crohn	8	1.0
Чужди тела	6	0.8
Общо	762	100%

Тънкочревна механична непроходимост предизвикана от интра-абдоминални адхезии

Значението на интра-абдоминалните адхезии за формиране на тънкочревна механична непроходимост нараства непрекъснато през последните години. Няколко са причините за това: елективното лечение в планов порядък на външните хернии; нараства броят и обемът на коремните операции с развитието на хирургията и свързаните с нея дисциплини; липсата на изразен ефект от прилагането на профилактични мероприятия за предотвратяване образуването на адхезии. В нашия клиничен материал адхезионна ТМН са имали 445 пациенти. При 191 (43%) от тях консервативната терапия е довела до преодоляване на чревната непроходимост. При 254 пациенти (57%) консервативното лечение не е дало резултат. (фигура 1)



Фиг. 1 Консервативно и оперативно лекуваните пациенти

При тях са извършени 260 оперативни интервенции, което съставлява 34.2% от всички оперирани. Разпределението на болните по пол и възраст е представено в Таблица 3.

Таблица 3. Разпределение по пол и възраст на болните с адхезионна ТМН

Брой	< 21г	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	ОБЩО
МЪЖЕ	9	14	11	19	19	28	20	6	126
ЖЕНИ	6	11	5	26	27	25	21	7	128
ОБЩО	15	25	16	45	46	53	41	13	254

Периодът от началото на оплакванията до хоспитализацията в часове при болни от адхезионна ТМН е представен в Таблица 4.

Таблица 4. Период в часове от началото на оплакванията до хоспитализацията при болни от адхезионна ТМН

Период преди хоспитализация	Мин.	Максим	Среден	Стандартно отклонение
Мъже	3	240	33,2	30,1
Жени	3	168	54,2 *	40,2
Общо	3	240	43,4	42,4

*P<0,05

Пред оперативният период на клинично наблюдение и терапия в часове при болни от адхезионна ТМН е представен в таблица 5.

Таблица 5. Пред оперативен период в часове на клинично наблюдение и терапия в при болни от адхезионна ТМН

Предоперативен период	Миним	Максим	Среден	Стандартно отклонение
Мъже	1	168	18,2	29,4
Жени	2	200	22,5	38,9
Общо	1	200	20,3	34,4

Периодът на клинично наблюдение и предоперативна терапия при болни от адхезионна ТМН е средно 20,3 часа (мин.-1, макс.-200, ст. откл. -34,4), като тези стойности при мъжете са съответно 18,2 часа (мин.-1, макс.-168, ст. откл. -29,4) а при жените 22,5 часа (мин.-2, макс.-200, ст.откл. -38,9). Не се установява статистически достоверна разлика при двата пола по отношение на предоперативния престой.

В 148 от случаите (57%), механичната непроходимост е обикновена. От тях мъжете са 71, със средна възраст 51,5 години, а жените 77 със средна възраст 58,3 години. Средния доболничен период при тези болни е 41,5 часа (мин 3, макс.-240, ст. откл. -35,2), като тези стойности при мъжете са 26 часа (мин.-3, макс.-72, ст. откл. -19,4), а при жените съответно 57 часа (мин.-4, макс.-240, ст. откл. -51,3).

Таблица 6. Период в часове от началото на оплакванията до хоспитализацията в при болните с обикновена механична непроходимост

Период преди хоспитализация	Миним	Максим	Среден	Стандартно отклонение
Мъже	3	72	26	19,4
Жени	4	240	57	51,3
Общо	3	240	41,5	35,2

В 112 от случаите (43%) е установена странгулация на тънкото черво. От тях мъжете са 58 със средна възраст 57,2 год., а жените 54, със средна възраст 53,1 год. Периодът от началото на оплакванията до хоспитализацията в часове при болните със странгулация е представен в таблица 7.

Таблица 7. Период в часове от началото на оплакванията до хоспитализацията при болните със странгулация

Период преди хоспитализация	Миним	Максим	Среден	Стандартно отклонение
Мъже	3	100	36,4	34,5
Жени	2	240	44,1	40,1
Общо	2	240	40,25*	37,3

*Този период е по кратък отколкото при обикновената обструкция.

Оперираните болни са 254, като 128 от тях (50,3%) са жени и 126 (49,7%) са мъже. При трима мъже и при три жени са извършени по две операции за тънкочревна непроходимост. Средната възраст на оперираните е 53,4 години (мин.-16, макс.-96, стандартно отклонение -19,6). Средната възраст на мъжете е 50 години (мин.-16, макс.-96, стандартно отклонение -21,3), а на жените – 56,7 (мин.-19, макс.-88, стандартно отклонение -17,9). Няма статистически достоверна разлика при двата пола по отношение на възрастовото разпределение.

Таблица 8. Причини за възникване на адхезионна тънкочревна непроходимост

Предходна оперативна интервенция	Брой	Процент
Апендектомия	54	21
Гастро-дуоденални	47	18
Гинекологични	42	16
Хепато-билиарни	29	11
Коло-ректални	26	10
Хернии	18	7
Урологични	8	3
Други операции	23	9
Не оперирани	13	5
Общо	260	100

Таблица 9.
Разпределение

на оперативните интервенции за адхезионна непроходимост според времето от предходната операция за първите 10 години.

Период в години	Брой	Процент
0-1	75	29%
1-5	91	35%
6-10	34	13%
Общо	200	77%

Ранна следоперативна тънкочревна непроходимост развила се до 1 месец от предходна оперативна интервенция е имало в 28 случая – 10,7%. Адхезиите са били локализиращи в илеума в 58% от случаите, в йеюна в 26% от случаите и в 16% точната локализация не е била отразена в оперативните протоколи.

Дебридман (адхезиолиза), евакуация (ретроградна или ортоградна) и лидокаинизация са направени в 182 случая (70%), като допълнително е резецирана част от голямото було в 21 случая и е резециран Мекелов дивертикул в 4 случая. Резекция на тънко черво и ентеро-ентеро анастомоза са извършени в 42 случая (16%). Дебридман и ентеростома са направени в 12 случая (4,7%). Тънкочревна резекция е ентеро-коло анастомоза е направено в 9 случая (3,3%). Обходна ентеро-ентеро и обходна ентеро-коло анастомоза съчетани с дебридман са направени съответно в по пет случая (2%). Дебридман и илеопексия са направени в 3 случая (1,3%), и резекция на тънко черво съчетана с илеостомия са извършени в 2 случая (0,7%).

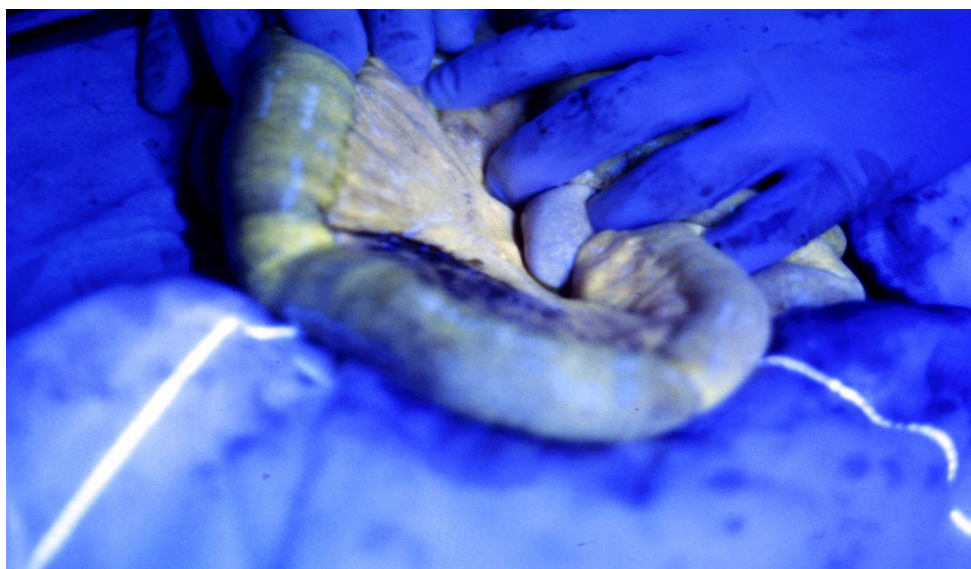
Таблица 10. Оперативни интервенции при пациенти с адхезионна тънкочревна непроходимост

Вид оперативна интервенция	Брой	Процент
Дебридман +лидокаинизация+евакуация	182	70
Резекция и ентеро-ентеро анастомоза	42	16

Ентеростома	12	4,7
Резекция и ентеро-коло анастомоза	9	3,3
Обходна ентеро-ентеро анастомоза	5	2
Обходна ентеро- коло анастомоза	5	2
Илеопексия	3	1,3
Резекция и илеостомия	2	0,7
Общо	260	100

В осем случая е направена лапаростомия, в 5 сутура на тънкото черво, в 4 ентерален тубаж и в 18 серозация на дефекти възникнали при адхезиолизата. Релапаротомирани са 12 болни като следва: със следоперативен перитонит – 8; с тънкочревна непроходимост – 3; с вътрекоремна хеморагия – 1. В следоперативния период при 17 болни е приложена транс-катетърна епидуралта аналгезия за обезболяване, по-бързо възстановяване на чревния пасаж и за ревизиране на лапаростомите.

В девет случая с тънкочревна странгулация виталитетът на тънкото черво беше преценен интраоперативно с флуоресцентен индикатор.



Фиг. 2 Флуоресценция при тънкочревна странгулация

Съпътстващите заболявания са показани на Таблица 11. Такива установихме при 35% от пациентите. Най-чести са били сърдечно съдовите-11%. Коморбидитета е в непосредствена връзка с възрастта на пациентите. При тези на възраст под 50 години е имало съпътстващи заболявания в 11% от пациентите, като този процент нараства до 36% при пациентите между 50 и 70 години и до 52% при възраст над 75 години.

Таблица 11. Съпътстващи заболявания

Общ брой на оперираните за адхезионна ТМН	254
Брой на пациентите с коморбидитет	88(35%)
Сърдечносъдови заболявания	28(11%)

Диабет	20(8%)
Заболявания на ЦНС	15(6%)
Белодробни заболявания	10(4%)
Други заболявания	15(6%)

Следоперативните усложнения са представени на **Таблица 12.**

Вид усложнение	Брой	Процент
Раневи инфекции	39	15%
Респираторни	23	9%
Механичен илеус	19	7%
Перитонит	17	6%
БТЕ	15	6%
ДВТ	12	5%
Хеморагия от ГИТ	11	4%
ПОН	4	1%

При анализа на усложненията прави впечатление високия процент на респираторните усложнения (пневмония, ателектаза, БТЕ), както и високия процент на ранната следоперативна механична непроходимост.

Починали са 19 болни (9 мъже и 10 жени), на средна възраст – 68,7 години, което формира периоперативен леталитет от 7,5%. Дობолничният период при починалите е средно 67 часа, а клиничния предоперативен престой – 12 часа. Странгулация са имало в 9 случая (46%), като в 5 от тях е имало чревна некроза. При 12 от починалите (61,5%) е извършена тънкочревна резекция, Причината за смъртта е както следва: БТЕ – 6 случая; перитонит – 5 случая; пневмония – 4 случая и ПОН – 4 случая. При десет болни – 54% от случаите смъртта е настъпила от нехирургични усложнения.

Дискусия

Интра-абдоминалните адхезии са една от най-честите причини за тънкочревна механична непроходимост, като има ясно изразена тенденция към нарастване на тяхната честота. В нашия клиничен материал вероятността от настъпване на това усложнение е най-голяма до изтичането на първата година, като разликата е статистически достоверна ($p < 0,01$). Честотата на чревната странгулация е висока – 41%, което налага съкращаване на сроковете за клинично наблюдение и оправдава стремежа ни за пред- и интра оперативно обективизиране на интестиналната исхемия. Напредналата възраст, коморбидитета, забавяне на лечението и реоперациите са асоциирани с повишаване на усложненията. За пациентите на възраст над 75 години, вероятността за поява на следоперативни усложнения е 3.4 пъти по висок от тези на възраст до 50 години (1). Други фактори, които влияят на честотата на усложненията са забавяне на лечението повече от 48 часа и реоперациите. Тези два фактора увеличават повече от два пъти риска от усложнения. Връзка между забавено хирургично лечение и повишаване на честотата на усложненията е показана в други изследвания (2,3). Коморбидитета също повишава риска от следоперативни усложнения, въпреки че този фактор има по-малък ефект върху възникване на усложнения, отколкото върху смъртността. Причината за това е, че много пациенти (особено в напреднала възраст) имат

усложнения, но тези, които вече са болни и слаби по-вероятно е да умрат от техните усложнения. Playforth сътр (4) откриват връзка между повишена честота усложнение и забавено лечение. Те също така установяват , по-висок процент усложнения при пациенти, претърпели чревна резекция.

В заключение, ние установихме , че напредналата възраст, коморбидитета, странгулацията с некроза, и забавяне на на лечението с повече от 24 часа, са значимо свързани с повишане на леталитета. Честотата на странгулация с некроза нараства значително при възрастните пациенти. Основните фактори повишаващи честотата на усложненията са напредналата възраст, наличието на съпътстващи заболявания, забавяне на оперативното лечение и реоперациите.

Библиография:

1. Mucha P Jr. Small intestinal obstruction. Surg Clin North Am 1987; 67:597–620.
2. Bender JS, Busuito MJ, Graham C, Allaben RD. Small bowel obstruction in the elderly. Am Surg 1989; 55:385–388.
3. Hofstetter SR. Acute adhesive obstruction of the small intestine. Surg Gynecol Obstet 1981; 152:141–144.
4. Playforth RH, Holloway JB, Griffen WO. Mechanical small bowel obstruction: a plea for earlier surgical intervention. Ann Surg 1970; 171:783–787.

27. СЛЕДОПЕРАТИВНА ЧРЕВНА НЕПРОХОДИМОСТ

В. Божков, И. Плачков, Пл. Чернополски, Т. Иванов, Д. Чаушев, А. Лисничков, Р. Маджов
Втора Клиника по Хирургия УМБАЛ ” Света Марина” ЕАД – Варна
Медицински Университет – Варна

Абстракт

Следоперативният илеус /СИ/ представлява често хирургическо усложнение, което води до повишени морбидитет и болничен престой. СИ е транзиторно понижение на чревния мотилитет, следствие на оперативна интервенция. Може да бъде резултат, както от оперативни намеси в коремната кухина, така и от такива с други локализации. Клинично се проявява с балониране на корема, отслабена до липсваща перисталтика, липса на дефекация, невъзможност за орален прием. Етиологията и патогенезата на СИ най-общо се дефинира като мултифакторна. Контролът на гастроинтестиналния тракт се обуславя от взаимодействието на различни фактори: неврологични, хормонални, механични и имуномодулаторни. По време на СИ те действат самостоятелно или едновременно. Степента на чревния хипомотилитет корелира с интраоперативните манипулации върху червата. Стресът играе ключова роля за развитието на СИ. Основни фактори за повишен стрес са: обем на оперативната интервенция, коремна травма, тежки инфекции, изгаряния, миокарден инфаркт, сърдечни операции, хормонални и метаболитни нарушения. Опиоидните аналгетици могат да се разглеждат като фаркологичната база за развитието на СИ. Основен техен ефект е повлияване на болката, но той е съпроводен и с нежеланите действия като: седация, потискане на дихателния център, потискане на перисталтиката, намаляване на стомашната, билиарна, панкреасна, интестинална секреция, повишена абсорбция на вода.

Редица стратегии за избягване на СИ са комбинирани в т. нар. fast – track program. Масовото навлизане на миниинвазивната хирургия като лапароскопските процедури, епидуралната анестезия и редукцията на чревното възпаление значително намалиха СИ и болничния престой. Тези резултати се дължат на по-малката травма, вследствие на което се отделят по-малко невротрансмитери и медиатори на възпалението.

Ключови думи: следоперативен илеус, опиодна аналгезия, рискови фактори, fast –track program.

Увод

Според данни от Националния Раков Регистър съществува тенденция за нарастване заболяемостта и смъртността от колоректален карцином. Стандартизираните показатели на заболяемост и смъртност от рак на дебелото черво при мъжете в България са по-високи от средните за Европа. При жените в България заболяемостта е 36.4 на 100 000 , а смъртността е 18.2 на 100 000 от рак на дебелото черво за 2011 година при средни стойности за Европа – 34.7 и 15.4 на 100 000 жени, съответно. А заболяемостта за България при мъжете е 58.7 на 100 000 при средна за Европа – 55.7 на 100 000 мъже и смъртност – 32.3 и 25.2 на 100 000 мъже, съответно[1]. Четиридесет и пет процента от случаите с рак на дебелото черво се диагностицират в напреднал стадий на

заболяването[1]. Въпреки съвременните методи за ранна диагностика 6% до 30% имат прояви на късни симптоми на колоректален карцином, налагащи спешна оперативна интервенция[2].

Пациентите с колоректален карцином, приети по спешност най-често са с картината на чревна непроходимост, остър хирургичен корем или активно кървене от гастроинтестиналния тракт (ректорагия), изискващо хоспитализация и последващо оперативно лечение в спешен или неотложен порядък. Оперативните интервенции при колоректален карцином в условията на илеус и перитонит са асоциирани със смъртност от 15% до 20% и заболяемост от 40% до 50%, което е значително по-високо в сравнение с елективни случаи на колоректален карцином[3].

Постоперативните хирургични усложнения след колоректална хирургия биват: инфекция в мястото на оперативния локус, инсуфициенция на аностомозата, кървене от аностомозата, стеноза на аностомозата, ранен/късен следоперативен илеус, дехисценция.

Според класификацията на Clavein-Dindo за хирургични следоперативни усложнения, същите се разделят в 4 степени и две подстепени. Степен 1 – не изисква лечение, степен 2 – изисква медикаментозна лечение, степен 3 и 4 - налагат релапаротомия [4].

Цел

Цел на настоящото ретроспективно проучване обхващащо 3-годишен период е да представим типа и честота на хирургичните усложнения след отворена хирургия на КРК.

Материали и методи

За периода 2014 - 2016 година, в Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия(ОКПГСХ) към “ УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен “ са оперирани 191пациенти, при които е извършена ОХ по повод на КРК. От тях 90 пациенти бяха с картината на илеус, които оперирахме в спешен или в неотложен порядък. При 101 болни извършихме планова хирургична интервенция. Анализирахме следните показатели:

- Обем и вид на хирургичната намеса
- Локализация на първичния тумор
- Брой изследвани хистологично лимфни възли
- Проксимална и дистална резекционна линия
- TNM класификация
- Хистологичен вариант на първичния тумор
- Степен на диференциация(грейдинг)
- Стадий на заболяването(стайджинг)

Отчетохме е и средния блоничен престой, броя пациенти с картина на илеус, брой пациенти с картина на перфорация, довела до перитонит, както и броя на пациентите с масивна ректорагия. Пациентите проследихме за 6 месечен и 1-годишен период.

Резултати и дискусия

В нашето проучване съотношението на пациентите по пол беше в полза на мъжете – 9/7. По отношение на възрастта - 15 пациента бяха на възраст под 50 години, останалите във възрастовия диапазон между 63 и 88 години. Преобладаваха туморите на левия колон. Разпределението на туморите по локализация е отразено в таблицата по-долу.

Таблица №1: Разпределение по локализации на колоректалния карцином.

Локализация	Брой	Процент (%)
Десен колон	33	17.28
Колон трансверзум	21	10.99
Ляв колон	47	24.61
Сигма	67	35.08
Горна трета на ректум	23	12.04

Картината на чревна непроходимост наблюдавахме при 90 пациента, а останалите пациенти постъпиха за планово оперативно лечение.

При 133 пациента извършихме радикална операция с първична анастомоза, като 3 от радикалните операции извършихме лапароскопски. При 32 пациента – осъществихме операция по метода на

Хартман с извеждане на едностволова стома, при 21 от пациентите направихме палиативна операция без отстраняване на първичния тумор и с извеждане на двустволова стома, а в останалите 5 случая изведохме илеостома.

Във всички случаи на радикални оперативни интервенции, както и при операциите по метода на Хартман наблюдавахме чисти резекционни линии.

По отношение на хистологичния вариант в почти всички случаи се касаеше за аденокарцином, като в 10 от тях слюзопродуциращ аденокарцином. Според степента на диференциация (G) 70% бяха умерено диференцирани аденокарциноми, 20% - слабодиференцирани и едва 10% - високодиференцирани. Относно TNM класификацията – основният процент от пациентите бяха в IIb стадий, следвани от IIa стадий. В таблица №2 е отразено разпределението на туморите според TNM класификацията на American Joint Committee on Cancer (AJCC), 6-то издание.

Таблица №2: Разпределение на туморите според стадия на онкологичното заболяване.

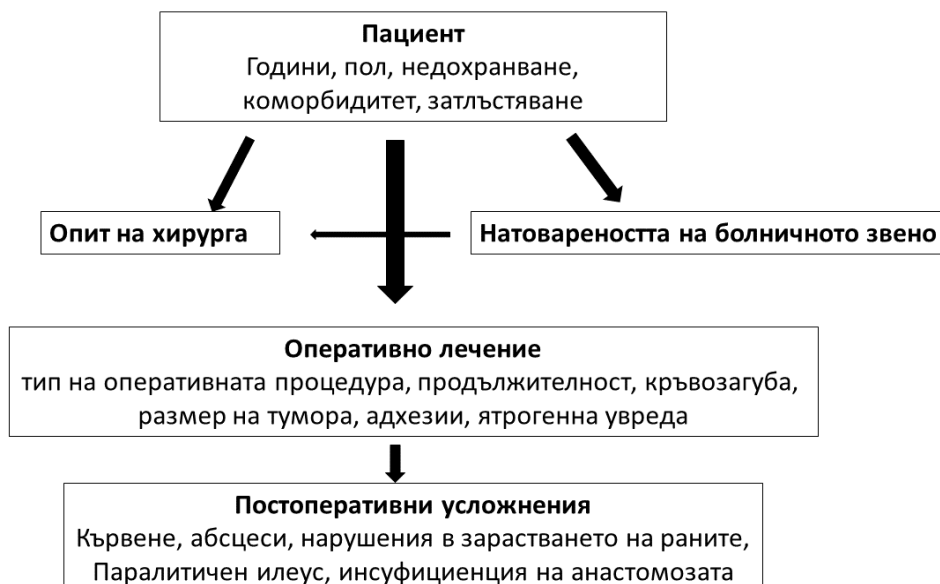
Стадий	Брой пациенти	Процент (%)
I	0	0
IIa	53	27.75
IIb	70	36.65
IIIa	30	15.71
IIIb	22	11.52
IIIc	16	8.38
IV	10	12.5

При 6 пациента наблюдавахме инсуфициенция на анастомозата, при 2 беше установена постоперативна ректорагия. При двама масивен кръвоизлив в ранния следоперативен прериод, позитивиран през коремен дрен, наложи релапаротомия в спешен порядък. Ранен следоперативен илеус наблюдавахме при 12 пациенти, който се разреши без релапаротомия; късен следоперативен илеус при 6, което наложи при 2 болни релапаротомия с извършване на адхезиолиза и имплантиране на антиадхезивен гел. Стеноза на анастомозата не сме диагностицирали. Инфекция в мястото на операция установихме при 12 пациента, оперирани в условията на чревна непроходимост. Дехисценция диагностицирахме при трима болни, което наложи включването на оперативната рана на вакуум аспирация.

Средният болничен престой беше 7 дни. Седем пациента завършиха с екзитус леталис по време на болничния престой. Останалите болни проследихме на 6 месечен и 1 –годишен период.

Според данните в достъпната за нас световна литература, пациентите с колоректален карцином, хоспитализирани по спешност се представят най-често с кратината на чревна непроходимост (8% до 60% от случаите)[5], следвани от перфорация (2% до 22%)[6] и масивна ректорагия. В нашето проучване 47.12% от пациентите бяха с картината на илеус, а останалите с перфорация или масивна ректорагия.

Оперативните интервенции в условията на спешност са асоциирани с висока смъртност и висок процент на постоперативните усложнения. Причината затова може да се обясни от една страна с напредналото онкологично заболяване, а от друга страна с придружаващата коморбидност на пациента, както и с липсата на време за адекватна предоперативна подготовка. Познаването на класификацията на Clavein-Dindo за постоперативните хирургични усложнения дава възможност за доброто им менажиране [7]. На фигурата по-долу са отразени рисковите фактори за постоперативни усложнения след колоректална хирургия.



Фигура1. Рискови фактори и усложнения в колоректалната хирургия.

Изводи

Нашето проучване показва близки резултати до тези описани в световната литература. Една от причините затова навярно се крие в това, че отделението, в което са извършени оперативните намеси е както спешно звено, така и звено, специализирано в областта на колопроктологията.

Честота на постоперативните усложнения след колоректална хирургия може да бъде сведена до приблизителен минимум, ако се познават в детайли принципите на онкологичната колопроктология, както и се съблюдават утвърдените препоръки за поведение в случай на постоперативни усложнения.

Прилагането на лапароскопска и робот асистирана хирургия скъсява болничния престой, но не променя значимо процента на постоперативните усложнения.

Литература

1. Cancer incidence in Bulgaria 2011, Volume XXII, 2013
2. Teixeira F., Akaishi H., et al. Can we respect the principle of oncologic resection in an emergency surgery to treat colon cancer? World journal of emergency surgery 2015, 10:5
3. Letiman IM, Sullivan JD, Brams D, De Cosse JJ. Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. Surg Gynecol Obstet. 1992; 174:513–8.
4. Classification of Surgical Complications A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. Daniel Dindo, MD, Nicolas Demartines, MD, and Pierre-Alain Clavien. Annals of Surgery , Volume 240, Number 2, August 2004.
5. Kronborg O, Backer O, Sprechler M. Acute obstruction in cancer of the colon and rectum. Dis Colon Rectum. 1975;18(1):22.
6. Alcobendas F, Jorba R, Poves I, Busquets J, Engel A, Jaurrieta E. Perforated colonic cancer. Evolution and prognosis. Rev Esp Enferm Dig.2000;92(5):326–33.
7. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. Philipp Kirchhoff, Pierre-Alain Clavien, Dieter Hahnloser. Kirchhoff et al. Patient Safety in Surgery 2010, 4:5 <http://www.pssjournal.com/content/4/1/5>.

29. ПОСТОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОТВОРЕНА ХИРУРГИЯ НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ – СОБСТВЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ

Илиев С, Владова П, Пресолски Ив., Грозев В., Филипов Е., Мирочник П., Ристовски Ив., Недялков К., Нгуен Д.

Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия
 „ УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен „
 Медицински Университет –гр. Плевен

Увод. Отворената хирургия (ОХ) е стандартизиран метод в лечението на колоректалния карцином (КРК). Въпреки усъвършенстването на оперативните методи и прилагането на онкологичните принципи на резекция, постоперативните хирургични усложнения могат да опорочат резултата от една перфектно извършена операция и да вгорчат живота на пациента и хирурга.

Постоперативните хирургични усложнения биват: инфекция в мястото на оперативния локус, инсуфициенция на анастомозата, кървене от анастомозата, стеноза на анастомозата, ранен/късен следоперативен илеус, дехисценция.

Според класификацията на Clavein-Dindo за хирургични следоперативни усложнения, същите се разделят в 4 степени и две подстепени. Степен 1 – не изисква лечение, степен 2 – изисква медикаментозно лечение, степен 3 и 4 - налагат релапаротомия.

Цел. Цел на настоящото ретроспективно проучване обхващащо 3-годишен период е да представим типа и честота на хирургичните усложнения след отворена хирургия на КРК.

Материали и методи. За периода 2014 - 2016 година, в Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия(ОКПГСХ) към “ УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен “ са оперирани 191пациенти, при които е извършена ОХ по повод на КРК. От тях 90 пациенти са били с картината на илеус и са оперирани в спешен или в неотложен порядък. При 101 болни е извършена планова хирургична интервенция.

Резултати и дискусия. За периода 2014 – 2016 година в ОКПГСХ са оперирани 191 пациента с колоректален карцином - 101 планово и 90 в спешен и неотложен порядък. При 6 наблюдавахме инсуфициенция на анастомозата, при 2 бе установена постоперативна ректорагия. При двама масивен кръмоизлив в ранния следоперативен прериод позитивиран през кореман дрен, наложил релапаротомия в спешен порядък. Ранен следоперативен илеус наблюдавахме при 12 пациенти; късен следоперативен илеус при 6; стеноза на анастомозата не сме диагностицирали. Инфекция в мястото на операция установихме при 12 пациента оперирани в условията на чревна непроходимост. Дехисценция диагностицирахме при трима болни.

Заклучение. Честотата и типа на постоперативните усложнения след отворена хирургия на колоректалния карцином, които наблюдавахме в нашата клинична практика са съпоставими с описаните в други ретроспективни световни проучвания. Прилагането на лапароскопска и робот асистирана хирургия скъсява болничния престой, но не променя значимо процента на постоперативните усложнения.

Ключови думи : колоректален карцином, хирургични усложнения, отворена хирургия

30. ИНСУФИЦИЕНЦИЯ СЛЕД ПРЕДНА РЕЗЕКЦИЯ НА РЕКТУМА

Л.Симонова, Д. Буланов, А. Йонков, С. Бонев, Д. Дарданов, Е. Живков, И. Танева, В. Попов, В. Димитрова

Клиника по Обща и Чернодробно-Панкреатична Хирургия
 УМБАЛ „Александровска”
 Катедра по Обща и Оперативна Хирургия
 Медицински Университет – София

Колоректалният карцином заема водеща роля по разпространение и причина за смърт. Неговата честота в световен мащаб нараства значително през последните 20 години. Превенцията, ранното диагностициране и лечението на колоректалния карцином имат огромно медико-социално

значение. Мултидисциплинарният подход в хода на изследването му, довежда до все по-добри резултати по отношение на радикално лечение, постоперативна преживяемост, подобрени функционални резултати и качество на живот. Намаляването на следоперативните усложнения при спазване на съвременните онкологични принципи, с прилагането на нерво- и свинктерозапазващи техники по повод колоректален карцином, води до значително подобряване на качеството на живот, удължена следоперативна преживяемост и системен контрол над онкологичното заболяване. Радикалните хирургични интервенции са съпътствани с висок риск от интраоперативни и ранни следоперативни усложнения, които в съвременните условия продължават да бъдат предизвикателство. В настоящото изследване се проследява инсуфициенцията на анастомозата след предна резекция на ректума и предпоставките за появата ѝ.

Цел: Да проследим честотата на инсуфициенция след предна резекция на ректума с механично направена анастомоза; да оценим значението на екстраперитонизацията на анастомозата и дренажа за превенция на релапаротомия след инсуфициенция на анастомозата; да оценим ролята на някои острофазови протеини - прокалцитонин, TNF α , IL1b, IL6, MMP-9, CRP като предиктори за ранна инсуфициенция на анастомозата след предна резекция на ректума

Материал и методи: За периода 1.01-1995– 31.12.2016 г., в Клиниката по Обща и чернодробно-панкреатична хирургия са оперирани 422 пациенти с карцином на ректума, при които е извършена предна резекция.

Резултати: От оперираните 422 пациенти - 236 (55.92%) са мъже, а 186 (44.08%) са жени. От тях анастомоза с механичен съшивател е приложена при 203 (48,10%), а тези с ръчно извършена анастомоза са 219 (51,9%). Инсуфициенция на анастомозата е регистрирана в 65 случая (15,40%). От пациентите с инсуфициенция при 39 е извършена механична анастомоза, а 16 - ръчно извършена анастомоза. При три случая е извършена релапаротомия. Морталитета включва двама пациенти в проучваната група за посочения период.

Заключение: Дебелочревните анастомози с механичен съшивател имат по-голяма честота на инсуфициенция от ръчно направените анастомози. Механичните съшиватели дават възможност за извършване на анастомоза на пределно ниско ниво, практически невъзможно за мануална такава. Екстраперитонизацията на анастомозата и дренажите е един от методите, подsigуряващи в значителна степен превенция от дифузен перитонит при евентуална частична инсуфициенция. Методът намалява случаите на релапаротомия и свързаните с нея усложнения.

Ключови думи: предна резекция на ректума, анастомоза, инсуфициенция

Доклад

Предните резекции на ректума представляват проблем със своите тежки усложнения. Инсуфициенцията на анастомозата е сред най-тежките усложнения в колоректалната хирургия. Затова и редица автори провеждат изследвания върху тези операции. Сериозността на усложнението инсуфициенция на анастомозата обуславя актуалността и значимостта на анализа на факторите водещи до нея, както и търсенето на оперативни техники с цел намаляване риска от перитонит с всички последици от това (1).

Инсуфициенцията на анастомозата води до перитонит, който значително увеличава морбидитета и морталитета. Честотата ѝ варира - 4-26 % Boccola (2), 10,3% Phillips (3), 9,3% Miccini (4), 6,9% Szynglarewicz (5). Инсуфициенцията на ректалната анастомоза е по-честа от инсуфициенцията на анастомози в другите части на храносмилателния тракт. Причините за това са техническите затруднения при достъпа до тези зони и тяхното лесно за компрометиране кръвоснабдяване. Честотата на клинично значимата инсуфициенция след ниска предна резекция варира между 3% и 21%, (6,7), но се смята, че средно е 10% (7). Смъртността при тези усложнения е около 4.9% Krarup P.M. и сътр. 2015 (8).

Съществуват редица рискови фактори за инсуфициенция на анастомозата:

Мъжкият пол се счита за рисков фактор. Това е вероятно поради доказано по-тесния им таз, което прави операцията технически по-трудна, в резултат на по-труден визуален контрол по време на дисекцията (7,8,9).

Тютюнопушенето и употребата на алкохол, са рискови фактори, водещи до засягане на малките кръвоносни съдове и причинява тъканна хипоксия, компрометираща правилното зарастване на анастомозата (8,9,10,11).

Много проучвания показват, че разстоянието на анастомозата от *linea anocutanea* (ЛАК) е рисков фактор за инсуфициенция. Karanjia ND отбелязва в ретроспективно проучване, че процента на инсуфициенция прогресивно нараства при анастомоза разположена в по-ниските отдели на дебелочревния тракт и ректума: от 0,14% при анастомози над 15 см. от ЛАК, до 5,4% при анастомози между 10 и 15 см. и 8,4% при анастомози под 10 см (9). Vignali в по-голяма серия пациенти установява, че честотата на инсуфициенция е 2.9 % при коло-ректални анастомози, като 1% е за пациенти с висока предна резекция и 7,7% при анастомози разположени под 7 см от ЛАК.

Големи проспективни проучвания сравняват резултатите при ръчно направени анастомози с тези, направени с механичен съшивател. Lustosa и Docherty (2009) независимо един от друг правят рандомизирани проучвания, които не намират съществена разлика в честотата на инсуфициенция при двата вида анастомози (7). Според Но и Ashour (2015) в литературата не се формира мнение за сигнификантно предимство на ръчно или механично извършените анастомози от гледна точка на сигурността им (10).

Данните от по-ранни ретроспективни проучвания показват, че пациентите, лекувани с предоперативна лъчетерапия имат по-висок процент на инсуфициенция. Въпреки това, по-късните проспективни проучвания не доказват, че използването на предоперативна краткосрочна лъчетерапия увеличава честотата на анастомозната инсуфициенция. В проспективно проучване от Германия (Sauer и сътр.) се показва, че честотата на инсуфициенция след дълга схема на предоперативна лъчетерапия, съчетана с химиотерапия поради локално напреднал рак на ректума, не се различава съществено от тази след прилагане на постоперативна лъчетерапия. Обратно, други проучвания съобщават за по-висока честота на инсуфициенция при пациенти след прилагане на дълга схема на предоперативна лъчетерапия. Неoadювантната лъчетерапия приложена в по-високи дози на фракция и малък интервал между фракциите води до по-висока честота на инсуфициенция на анастомозата (11).

Лапароскопската ректална хирургия има практическо предимство да осигурява по-добър оглед на таза по време на тъканната дисекция. Честотата на инсуфициенциите на анастомозите след лапароскопска ректална хирургия варира между 0% и 17%, като е сравнима с тази при конвенционална предна резекция (12).

От оперативно-техническа гледна точка при интервенциите за ректален рак, освен постигането на онкологично издържана операция, една от целите е да се създаде добре кръвоснабдена и без напрежение анастомоза. Sheridan и сътр. съобщават, че напрежението на тъканите и липсата на добро кръвоснабдяване на анастомозата е важен прогностичен фактор за развитие на инсуфициенция (13). Това се доказва и от Hirano и сътр. (2006), които с помощта на инфрачервена спектроскопия установяват, че тъканите на мястото на анастомозата при пациенти с инсуфициенция имат по-малко насищане с кислород от тъканите при пациентите без инсуфициенция на анастомозата (14). Един от приемите за създаване на добре перфузирана и без напрежение анастомоза е мобилизация на лиеналната флексура на колона. Karanjia и др. съобщават, че ако сигмоидния колон се използва за анастомоза, без пълна мобилизация на лиеналната флексура, процента на инсуфициенция е 22%, в сравнение с 9%, ако е извършена пълна мобилизация. Мобилизирането на лиеналната флексура, позволява низходящото дебело черво да заеме и изпълни таза, намалявайки свободното пространство и риска от развитие на абсцес или тазова колекция (14, 15).

Много автори извършват проверка на херметичността на анастомозата чрез различни методи: изпълване на тазовото дъно с физиологичен разтвор и инсуфлиране на въздух трансанално; трансанално въвеждане на разреден разтвор на povidone iodine след предварителен клампаж на червото проксимално от анастомозата и налагане на допълнителни шевове на мястото на изтичане на разтвора при нужда (1). От значение за здравината на термино-терминалните анастомози е и прецизирането на диаметъра на устията на проксималното и дисталното черво, както и диаметъра на използвания кръгов съшивател. Важни фактори за развитието на дебелочревни инсуфициенции са ниските нива на албумин и влошения нутритивен статус на

онкологично болните, които компрометират процеса на оздравяване на анастомоза. Golub и др. (1996) докладват, че предоперативно ниската стойност на албумин под 30 г/дл и загубата на тегло повече от 5 кг са значими рискови фактори за инсуфициенция (15). Различни проучвания показат, че периоперативните кръвопреливания индуцират имуносупресия, която предразполага към различни постоперативни инфекции и увеличава риска от инсуфициенция на анастомозата (15, 16, 17). Някои автори от средата и края на ХХ в. са поддържали тезата, че дренирането на таза след предни резекции на ректума води до увеличаване на риска от инсуфициенция приемайки, че дренажите оказват механичен натиск и дразнене на тъканите. Обобщавайки данните от множество публикации, Peeters и сътр. (1998) съобщават данни от мащабно холандско проучване, че необходимостта от повторна хирургична интервенция след констатиране на инсуфициенция е значително по-ниска, при пациенти с предварително заложили тазови дренажи (17). Други автори рутинно използват пренасочването на чревния пасаж проксимално от анастомозата чрез илеостома, което води до редуция на дебелочравното съдържимо течности и профилактира инсуфициенцията на анастомозата. Хирургите изразяват различни нагласи към нейното използване. В различни ретроспективни проучвания се доказва намаляване на броя на инсуфициенциите на анастомозите, при поставяне на илеостома. Други не установяват разлика в честотата на инсуфициенция, независимо дали се поставя стома или не. Valero и др. приемат по-селективен подход и предлагат създаване на стома, само когато рискът за инсуфициенция на анастомозата е много висок (18).

В последните години изследването на нивата на някои острофазови белтъци на възпалението във венозната кръв и перитонеалната течност при пациенти след предна резекция на ректума в първите следоперативни дни, може да бъде важен предиктор за ранна инсуфициенция на анастомозата. С-реактивният протеин (CRP) се счита за индикатор на следоперативни усложнения след оперативна интервенция на дебелото черво. До него се нарежда и прокалцитонинът като ранен предиктор за инсуфициенция (24). CRP стойностите, както и тези на прокалцитонина измерени в серум и дренажна течност, съответно, на първия, третия, петия и седмия следоперативен ден при пациенти с колоректална резекция и първична анастомоза се приемат за най-показателни за ранна инсуфициенция на анастомозата (19). Налице е интерес и към измерването в перитонеалната течност и на цитокини в ранния следоперативен период, за да се диагностицират инсуфициенции на анастомозата в предклинична фаза. Обект на изследване са стойностите на MMP-9, на интерлевкини 8 и 6 в серума, както и в перитонеална течност от дренажи. Тумор некрозис фактор- α (TNF- α) и интерлевкин-6 (IL-6) са най-често проучвани. Повечето изследвания установяват значително по-високи нива на TNF- α и IL-6 при пациенти с инсуфициенция на анастомозата през първите три постоперативни дни. В мета-анализ нивата на IL-6 са значително по-високи в ден 1, а на TNF- α в ден 2 след операцията. MMP-9 също е значително повишена при пациенти с инсуфициенция на анастомозата (23).

Измерването на стойностите на цитокини и MMP-9 има потенциал за диагностициране на инсуфициенция на анастомозата на предклиничен етап (20). Fouda E. и сътр. изследват група от пациенти след предна резекция на ректума, като на първи, трети и пети следоперативен ден вземат проби от серум и перитонеална течност за изследване на IL-6, IL-10, TNF α . Установените високи нива на посочените цитокини корелират с налична инсуфициенция на анастомозата установена и проследена при тези пациенти. Перитонеалните нива на цитокините биха могли да бъдат допълнително диагностично средство, което може да подкрепи процеса за ранно откриване на инсуфициенция в колоректалната хирургия (21).

Материал и методи

Настоящото проучване има ретроспективен характер и обхваща 422 пациенти, оперирани за карцином на ректума в Клиниката по Обща и чернодробно-панкреатична хирургия при УМБАЛ „Александровска” в периода 01.01.1995– 31.12.2016 г.

Резултати

От оперираните 422 пациенти 236 (55.9%) са мъже, а 186 (44.07%) - жени. Пациентите са на възраст между 33 и 86 години, средна възраст 63.5 г. Пациентите, при които бе извършена анастомоза с механичен съшивател са 203 (48.10%), а тези с ръчно извършена анастомоза са 219

(51.9%). Мъжете, при които е извършена анастомоза с механичен съшивател са 123 (52,11%), а жените са 93 (47,89%).

При 357 пациенти (84.59%) в следоперативния период не е установена инсуфициенция. В 65 случая (15,4%) е установена инсуфициенция на анастомозата. От пациентите с инсуфициенция 39 (75,39%) са с извършена механично анастомоза, а при 16 (24,61%) анастомозата е извършена ръчно. Мъжете пациенти с инсуфициенция на анастомозата, която е извършена с механичен съшивател са 27 (69,23%), а жените 14 (35,89%). Въпреки по-големият процент инсуфициенции, възникнали след употребата на механичен съшивател разликата не е статистически достоверна.

В последните години в Клиниката по обща и чернодробно-панкреатична хирургия се утвърди рутинно използването на техника за екстраперитонизация на анастомозата след предна резекция, чрез сформирание на „ново“ тазово дъно от перитонеум над анастомозата и поставяне на дренажи, колотубаж, както и прецизно херметично перитонизиране, които предпазват от развитието на дифузен перитонит при възникване на инсуфициенция.

През 2017 г. стартира научен проект с цел анализ и оценка на ролята на някои острофазови протеини като предиктори за ранна инсуфициенция на анастомозата. Редица автори и проучвания са установили значението на CRP, TNFa, Пб, IL1b, MMP-9 и прокалцитонин изследвани във венозна кръв и перитонеална течност от дренажите като индикация за предстояща инсуфициенция на анастомозата. В проучването е заложено изследването на 60 пациента в клиниката, след предна резекция на ректума по повод на карцином. След информирано съгласие от страна на пациента, се взима венозна кръв и секрет от екстраперитонеалните дренажи на 2 и 5 следоперативен ден. Имаме три случая на релапаротомия след инсуфициенция на анастомозата за посочения период (4,61%). В някои центрове се предпочита превантивна релапаротомия 56.01% (22). Два от случаите са жени, които предоперативно не дадоха съгласие за противоестествен анус. В следоперативния период имаше данни за инсуфициенция с фебрилитет, който персистираше въпреки прилаганите консервативни мерки - антибиотичната терапия и антисептично локално третиране през контактните екстраперитонеални дренажи. Релапаротомии се извършиха съответно на 12 и 14 следоперативен ден, без признаци за сепсис и остър хирургичен корем. Двете релапаротомии завършиха с резекция на ректума и извеждане на анус претер. Не се установи проникване на локалната инфекция интраперитонеално. Възстановяването бе без налични усложнения. Третият случай на инсуфициенция на анастомозата беше жена, при която на третия следоперативен ден се установи евакуиране на фекулентно съдържимо не само от екстраперитонеалните дренаже, но и от интраабдоминалния дрен. Пациентката бе реоперирана същият ден. Установи се фекулентен дифузен перитонит поради инсуфициенция на анастомозата. Направи се лаваж на коремната кухина и нова перитонизация на малкия таз, поставиха се нови дренажи - коремни и екстраперитонеални, колотубаж и протективна илеостома, която се свали в съответния срок. Впоследствие при пациентката се появи ректовагинална фистула. Три месеца след това при същата се изведе двуцевна трансверзостома.

Освен цитираните предни резекции на ректума, за изследвания период има и 14 резекции на ректума, завършили с колоанална анастомоза. Всички преминаха без усложнения. За периода има двама починали пациенти (морталитет 0,51%), подложени на дискутираната интервенция. И двамата са от групата с ръчно извършени анастомози. Причина за морталитета в единия случай е масивна белодробна емболия, а при втория хепаторенален синдром, възникнал като усложнение на предхождаща чернодробна цироза .

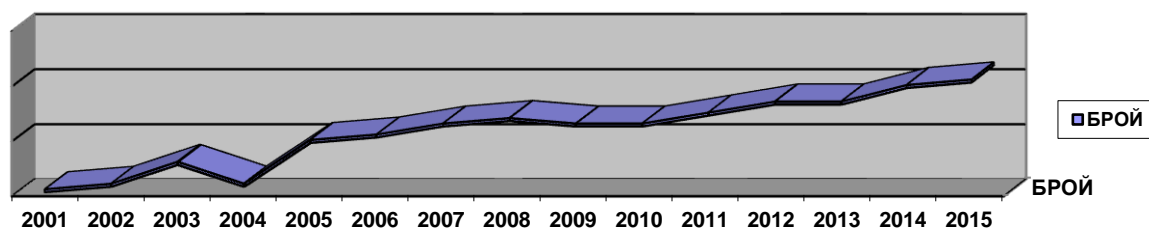
В нашето проучване се установява по-голям процент на инсуфициенция на анастомозата при използване на механичен съшивател, в сравнение с ръчно направените анастомози, но въпреки това разликата не е статистически достоверна.

Обсъждане:

Предните резекции на ректума от хирургична гледна точка представляват проблем със своите тежки усложнения. Затова и редица автори изследват тези операции. Едно от тези усложнения е инсуфициенция на анастомозата. Използването на механичен съшивател води до по-висока честота на инсуфициенция на анастомозата в сравнение с ръчно направените анастомози.

Според научните изследвания от последните години честотата на карцинома на ректума в световен мащаб нараства. Това важи особено за развитите икономически страни. Данните от

нашето проучване потвърждават тази тенденция. Резултатите ни показват по-висока честота на операциите при пациентите мъже, което е в унисон и със съобщенията на редица автори. Броят на тези операции в нашата клиника също нараства, въпреки, че изпозването на механичен съшивател ги оскъпява на този етап (Фиг. 1).



Фигура 1. Брой операции – предна резекция на ректума извършени с механичен съшивател.

Опитът на клиниката ни показва редица възможни предпоставки за възникване на инсуфициенция на анастомозата.

Една от тях е избор на размера на съшивателя спрямо лумена на червото. Недоброто почистване на проксималните и дистални 2-3 см на червото от апендицес епиплоице и перитъкани води до включването им в общия слой тъкани притиснати от скобите на съшивателя. С настъпващата исхемия тези излишни тъканни компоненти постепенно се редуцират и това разхлабва захвата на скобите.

За посочения период на проследяване в клиниката сме приели метод на поведение при възникналите вече инсуфициенции. С течение на времето и практиката сме се убедили в неговата ефикасност. След установяване на инсуфициенция на анастомозата се следи стриктно и се поддържа добра проходимост на дренажите. Осигурява се необходимия позитивен белтъчен баланс чрез вливане на аминокиселинни разтвори, адекватно парентерално хранене и биологични продукти, перорален прием на течни храни. Дренажите постепенно се изваждат след прогресивно намаляване на секретията от тях. Последният дренаж се изважда след намаляване на секретията под 50 мл/24 часа.

Изводи:

1. При частична инсуфициенция, един от методите за превенция на дифузен перитонит са екстраперитонизацията на анастомозата и дренажите.

2. Сравнението на честотата на инсуфициенция при ръчно и механично направената анастомоза в нашия клиничен материал не показва статистически достоверна разлика, въпреки, че честотата е по-висока при анастомозите с механичен съшивател.

3. Значение за развитие инсуфициенция на анастомозата имат различни фактори, вкл. и от оперативно-техническо естество, които трябва да се съблюдават при използване на механичен съшивател - почистването на анастомозиращите се сегменти от червото на 2-3 см проксимално и дистално от епиплоични мастни тъкани и перитъкани, съхраняване на кръвоснабдяването на анастомозираните участъци, липса на напрежение в анастомозата, разстоянието на анастомозата до сфинктера, възрастта на пациента и мъжкия пол, както и предоперативния белтъчен статус.

4. Проследяване стойностите на някои острофазови протеини в кръвта и дренажна течност на оперираните на 2 и 5 следоперативен ден, би могло да бъде ранен предиктор за инсуфициенция на анастомозата след предна резекция на ректума.

Библиография:

1. Phillips BR, Harris LJ, Maxwell PJ et al. Anastomotic leak rate after low anterior resection for rectal cancer after chemoradiation therapy. Am Surg. 2010Aug;76(8):869-71
2. Telem DA, Chin EH, Nguyen SQ, Divino CM. Risk factors for anastomotic leak following colorectal surgery: a case-control study. Arch Surg. 2010 Apr;145(4):371-6;discussion 376

3. Ho YH, Ashour MA. Techniques for colorectal anastomosis. *World J Gastroenterol.* 2010 Apr 7;16(13):1610-21
4. Saito N, Ito M, Kobayashi A, Nishizawa Y, Sugito M. [Sphincter-saving resection for low rectal cancer]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 2011 Sep;112(5):318-24
5. Kotoč J, Kotočová K, Gatěk J, Vrzgula A, Pribula V, Hladík M, Olejník J. Risk factors for anastomotic leakage following rectal resection - multicenter study. *Rozhl Chir.* 2014 Dec;93(12):578-82
6. Делийски, Т. Рак на дебелото черво, Заболявания на тънкото, дебелото и правото черво, 137,141-142,171-174, Коремна хирургия, том III, проф. Д-р С. Баев, Издателство „Знание“, 2000г.
7. Anastomotic Leakage After Low Anterior Resection for Rectal Cancer: Facts, Obscurity, and Fiction PANAGIOTIS TAFLAMPAS, MANOUSOS CHRISTODOULAKIS, and DIMITRIOS D. TSIFTSIS *Surg Today* (2009) 39:183–188
8. Krarup PM¹, Nordholm-Carstensen A, Jorgensen LN, Harling H. Association of Comorbidity with Anastomotic Leak, 30-day Mortality, and Length of Stay in Elective Surgery for Colonic Cancer: A Nationwide Cohort Study. *Dis Colon Rectum.* 2015 Jul;58(7):668-76.
9. Karanjia ND, Corder AP, Bearn P, Heald RJ. Leakage from stapled low anastomosis after total mesorectal excision for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1994;81:1224–6
10. Nachiappan S, Askari A, Malietzis G, Giacometti M, White I, Jenkins JT, Kennedy RH, Faiz O. The impact of anastomotic leak and its treatment on cancer recurrence and survival following elective colorectal cancer resection. *World J Surg.* 2015 Apr;39(4):1052-8
11. Holm T, Rutqvist LE, Johansson H, Cedermark B. Postoperative mortality in rectal cancer treated with or without preoperative radiotherapy: causes and risk factors. *Br J Surg* 1996;83:964–8
12. Barlehnner E, Benhidjeb T, Anders S, Schicke B. Laparoscopic resection for rectal cancer. Outcomes in 194 patients and review of the literature. *Surg Endosc* 2005;19:757–66
13. Sheridan WG, Lowndes RH, Young HL. Tissue oxygen tension as a predictor of colonic anastomotic healing. *Dis Colon Rectum* 1987;30:867–71
14. Hirano Y, Omura K, Tatsuzawa Y, Shimizu J, Kawaura Y, Watanabe J. Tissue oxygen saturation during colorectal surgery measured by near-infrared spectroscopy: Pilot study to predict anastomotic complications. *World J Surg* 2006;30:1–5
15. Golub R, Golub RW, Cantu R, Stein HD. A multivariate analysis of factors contributing to leakage of intestinal anastomoses. *J Am Coll Surg* 1997;184:364–72
16. Guenaga KF, Matos D, Castro AA, Atallah AN, Wille-Jorgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD001544
17. Zaheer, S. J. Pemberton, R. Farouk et al. Surgical treatment of adenocarcinoma of the rectum. *Ann. Surg.*, 227, 1998, 6, 800-811
18. Machado M, Hallbook O, Goldman S, Nystrom PO, Jarhult J, Shodahl R. Defunctioning stoma in low anterior resection with colonic pouch for rectal cancer: a comparison between two hospitals with different policy. *Dis Colon Rectum* 2002;45:940–5
19. C-reactive protein in drainage fluid as a predictor of anastomotic leakage after elective colorectal resection Kostić Z, Slavković D, Mijusković Z, Panisić M, Ignjatović M *Vojnosanit Pregl.* 2016 Mar;73(3):228-33.
20. Phillips S.F. Physiology and pathophysiology of the large intestine and anal canal. In Kirsner J.B., Shorter R.G. (eds); *Diseases of the Colon, Rectum, and Anal Canal.* Williams & Wilkins, Baltimore-London 1988;23-47
21. Shafik A. A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation - II. Anatomy of the levator ani muscle with special reference to puborectalis. *Ivest Urol* 1975;12;175-8
22. Cerdán Santacruz C, Cano Valderrama O, Cárdenas Crespo S et al. *Enferm Dig.* 2011 Sep;103(9):458-463). Moran BJ. Predicting the risk and diminishing the consequences of anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer. *Acta Chir Iugosl.* 2010;57(3):47-50

23. Peritoneal fluid cytokines and matrix metalloproteinases as early markers of anastomotic leakage in colorectal anastomosis: a literature review and meta-analysis. 2013 Sep;15(9):1070-7. doi: 10.1111/codi.12192 Cini C1, Wolthuis A, D'Hoore A. Colorectal Dis.
24. Early detection of anastomotic leakage after elective low anterior resection. 2011 Jan;15(1):137-44. doi: 10.1007/s11605-010-1364-y. Epub 2010 Oct 27. Fouda E1, El Nakeeb A, Magdy A, Hammad EA, Othman G, Farid M. J Gastrointest Surg

31.

32. СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАСТИЧНИ ОПЕРАЦИИ ЗА ПАРАФИНОМИ НА МЪЖКИТЕ ГЕНИТАЛИИ (ИЛИ ПРИ СВОБОДНА ПЛАСТИКА)

Ивайло Рачев¹, Владислав Дунев^{2,3}, Николай Колев^{2,3}, Пенчо Тончев^{1,3}

1. Отделение по пластична хирургия ;
2. Урологична клиника УМБАЛ „д-р Г. Странски“ Плевен;
3. Катедра „Сестрински Хирургични грижи“ Медицински Университет- Плевен

Инжектирането на парафин с цел уголемяване на половия член все още е достатъчно честа практика в България. То довежда до така наречения –парафином –гранулом тип „чуждо тяло“, водещ до редица функционални и козметични проблеми. Единственото ефективно лечение на това състояние е оперативното.

Цел на настоящето проучване е да опише и сравни усложненията при най-често използваните оперативни методи за пластично възстановяване на мъжките гениталии.

Материал и методи: Пациенти –2008-2017 год. в Урологична клиника на УМБАЛ „д-р Г. Странски“ Плевен и Урологична клиника „УРОМЕД“ Плевен са оперирани 93 (55+38) пациенти с парафином на гениталиите. Оперативните методи са като следва : Ексцизия -20, Модифициран Сесил(МС) -14, Билатерални скротални ламба (БСЛ)-13, STSG -46 (пластика с разцепен кожен трансплантат). Пациентите са проследени за ранни и късни следоперативни усложнения: ранева инфекция и дехисценция, окосмяване, рецидив, оток на гланса, еректилна дисфункция, деформация и „сбръчкване“.

Използвани са статистически методи за дескриптивна статистика, хи-квадрат и метод. Фишер екзактен тест.

Резултати и дискусия: Най-добри резултати показва STSG- при 1 пациент имаше деформация, при 17 –оток на гланса, при 13 –дехисценция в основата. Лека еректилна дисфункция на 6 месец следоперативно има при 11% от пациентите с Ексцизия, 17% при МС 10% при БСЛ и при 5% STSG

Извод: Пластика с разцепен кожен трансплантат при парафином на пениса е с отлични следоперативни и функционални резултати и най-малко усложнения.

Доклад

Инжектирането на парафин с цел уголемяване на половия член все още е честа практика в България. Развива се гранулом тип „чуждо тяло“(парафином), водещ до редица функционални и козметични усложнения. Единственото ефективно лечение на това състояние е оперативното.

Цел на настоящето проучване е да опише и сравни усложненията при най-често използваните оперативни методи за пластично възстановяване на мъжките гениталии.

Материал и методи: Пациенти –2008-2017 год. в Урологична клиника на УМБАЛ „д-р Г. Странски“ Плевен и Урологична клиника „УРОМЕД“ Плевен са оперирани 93 (55+38) пациенти с парафином на гениталиите. Оперативните методи са като следва : Ексцизия -20, Модифициран Сесил(МС) -14, Билатерални скротални ламба (БСЛ)-13, STSG -46 (пластика с разцепен кожен трансплантат). Пациентите са проследени за ранни и късни следоперативни усложнения: ранева инфекция и дехисценция, окосмяване, рецидив, оток на гланса, еректилна дисфункция, деформация и „сбръчкване“.

Използвани са статистически методи за дескриптивна статистика, хи-квадрат и метод. Фишер екзактен тест.

Резултати и дискусия: Най-добри резултати показва STSG- при 1 пациент имаше деформация, при 17 –оток на гланса, при 13 –дехисценция в основата. Лека еректилна дисфункция на 6 месец следоперативно има при 10% от пациентите с Екцизия, 14% при МС 15% при БСЛ и при 4% STSG

Извод: Пластика с разцепен кожен трансплантат при парафином на пениса е с отлични следоперативни и функционални резултати и най-малко усложнения.

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS FOLLOWING PLASTIC SURGERY FOR PARAFFINOMAS OF MALE GENITALIA

Ivaylo Rachev¹ Vladislav Dunev^{2,3}, Nikolai Kolev^{2,3}, Pentcho Tonchev^{1,3}

1. Department of Plastic Surgery;

2. Urological Clinic Hospital "Dr. D. Stransky" Pleven;

3. Department "Surgical Nursing Care" Pleven Medical University

Injection of paraffin in order to enlarge the penis is still common practice in Bulgaria. It led to the so-called -paraffinoma -granuloma type "foreign body", leading to a number of functional and cosmetic problems. The only effective treatment for this condition is operative.

Aim of this study is to describe and compare the complications after most commonly used surgical methods for plastic restoration of male genitalia.

Material and methods: Patients treated between 2008-2017 year In Urological Clinic of the University Hospital "Dr. G. Stranski" and Urological Clinic "UROMED". Total of patients were operated 93 (55 + 38). Operating methods were as follows: -20 excisions, modified Cecil (MS) -14, Bilateral scrotal flap (BSL) -13, STSG -46 (plastic with a split-thickness skin graft). Patients were monitored for early and late postoperative complications: wound infection and dehiscence, hirsutism, relapse, swelling of the glans, erectile dysfunction, deformation and "wrinkling". Statistical methods of descriptive statistics, chi-square and Fischer exact test were used.

Results and Discussion: Best results were shown by STSG- 1 patient had a deformation of 17 –edema of the glans and in 13 -dehiscence at the base. Mild erectile dysfunction 6 months post-operation presented 10% of patients with excision, 14% with MS, 15% with and 4% with STSG

Conclusion: Plastic with Split-thickness skin grafts in penile paraffinoma has excellent postoperative functional outcomes and least complication

Въведение

Размерът на пениса е важен за мъжете. За да впечатлят партньорите си и да повишат самочувствието си, някои уголемяват половите си органи инжектирайки си чужди субстанции. В България най-често инжектираната субстанция е течен парафин.

Предизвиканият от екзогенната субстанция грануломатозен възпалителен процес се самоподдържа и прогресира, влошавайки значително качеството на живот, анатомията, функцията и козметичния вид на външните полови органи.

Социално- демографските характеристики на пациентите с парафином на мъжките гениталии, оперативните техники, функционалните резултати са проучени в дисертационния труд „ПАРАФИНОМ НА МЪЖКИТЕ ГЕНИТАЛИИ – ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛТАТИ“ на д-р В. Дунев (МУ-Плевен, 2014). Разработените методики продължиха да се прилагат в следващите години, като се натрупаха допълнителни данни за следоперативните ранни и късни както и за функционалните резултати. Настоящото проучване анализира допълнително натрупаните данни, като се фокусира предимно върху резултатите от гледна точка на пластичната хирургия- обективно и субективно преценен козметичен резултат, дългосрочно проследяване на функционалните резултати.

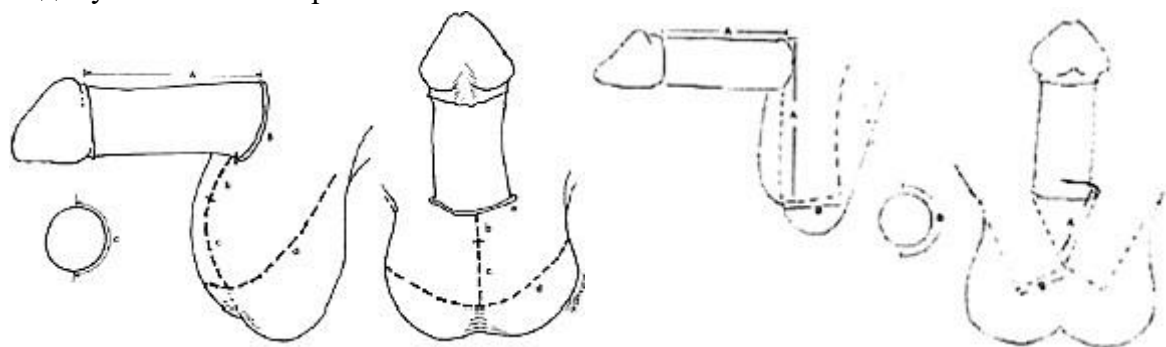
Цел на настоящето проучване е да опише и сравни усложненията при най-често използваните оперативни методи за пластично възстановяване на мъжките гениталии.

Материал и методи: Пациенти –2008-2017 год. в Урологична клиника на УМБАЛ „д-р Г. Странски“ Плевен и Урологична клиника „УРОМЕД“ Плевен са оперирани 93 (55+38) пациенти с парафином на гениталиите. Оперативните методи са като следва : Ек்சизия -20, Модифициран Сесил(МС) -14, Билатерални скротални ламба (БСЛ)-13, STSG -46 (пластика с разцепен кожен трансплантат). Пациентите са проследени за ранни и късни следоперативни усложнения: ранева инфекция и дехисценция, окосмяване, рецидив, оток на гланса, еректилна дисфункция, деформация и „сбръчкване“.

Използвани са статистически методи за дескриптивна статистика, хи-квадрат и метод. Фишер екзактен тест.

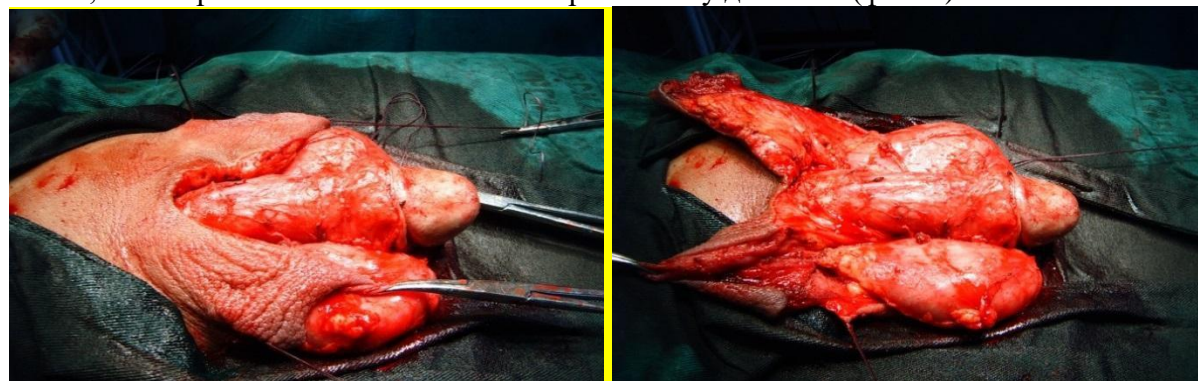
Описание на оперативните методи

БСЛ се въведе като оперативна техника в клиниката по урология на МУ– Плевен през 2009 година. Това е метод за едноактно възстановяване на кожата на пениса при условие, че грануломатозният процес и ЕС не ангажират скротума, и не може да се използва само ек்சизия и първично затваряне. Двете най-разпространени техники за БСЛ са показани на фигура 1. Вижда се, че дизайнът на ламбата е различен, но резултатите по отношение на външен вид и усложнения са сравними.



Фигура 1. Билатерални скротални ламба a) JH Jeong b) Jindarak (snored Angspatt 2009)

Ширината е равна на $\frac{1}{2}$ от циркумференцията на корпуса в основата и съответно при сулкус коронариус. Медиалната дължина на ламбото отговаря на дорзалната дължина на разтегнатия penis, а латералната – съответно на вентралната му дължина (фиг. 1).



Фигура 2. Отпрепарирание на БСЛ (операция на В.К.И. 2010 – Дунев)

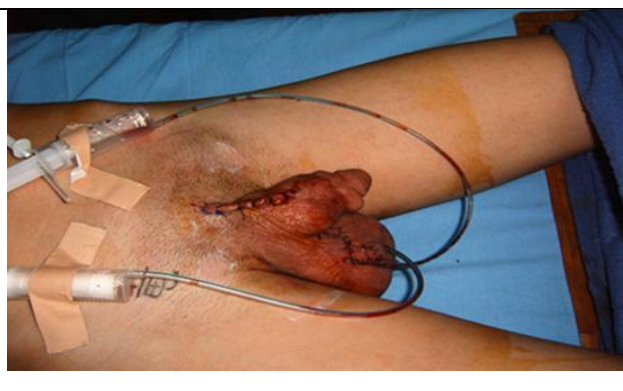
Ламбата се отпрепарират заедно с tunica dartos до основата на половия член, след което се вдигат и зашиват за останалата част от препуциума, а също помежду им дорзално и вентрално (фиг. 2 и 3).



Фигура 3. Окончателен вид след БСЛ (операция на В.А.Г. 2009 – Дунев)

Мостовидно скротално ламбо (Модифициран Сесил, Райх) се състои от два етапа като целта е да се създаде мостовидно скротално ламбо, което на втори етап да покрие корпуса на пениса. По същество се използват същите части на скротума както при БСЛ със съответното кръвоснабдяване и инервация. В окончателния външен вид липсва медиалния дорзален шев, който се налага при БСЛ.

Оформя се подкожен тунел по срединната линия на скротума с дължина равна на корпуса на половия член. В неговият край се извършва напречен разрез, през който се извежда гланса и се зашива вътрешния лист на препуциума за отвора на скротума (фиг. 4). Поставя се постоянен катетър за три дни и обикновена превръзка. След два месеца се извършва II-ри акт на пластиката (фиг. 5).



Фигура 4. Модифициран Сесил I акт

Фигура 5. Модифициран Сесил II акт (операция на С.Н.Д. 2010 – Дунев)

Разцепена перфорирана кожна присадка (meshed STSG)

При ангажиране на половия член и скротума от грануломатозния процес, не може да се използва нито една от двете описани пластики. В такъв случай използвахме оперативен метод подобен на описаният от Black - meshed STSG. С помощта на пневматичен дерматом и мешер „Zimmer” се взема графт от предната повърхност на едно от бедрата (фиг. 6 и 7). Ширината на присадката се определя от разтегнатата дължина на половия член, а дължината от обиколката на пениса. Перфорациите се извършиха с мешер в съотношение 1:1.5 при дебелина на присадката 0.015 инча.



Фигура 6. Фиксиране на STSG



Фигура 7. Донорски участък

Обикновена ексцизия

При пациенти, които са инжектирали малко количество ЧС на ограничена площ използвахме обикновена ексцизия и първично затваряне. Най-често ЕС и грануломатозното възпаление ангажират препуциума, което налага извършване циркумцизия (фиг. 8). Възможно е да се извършат две и повече ексцизии на кожата на пениса и скротума като единствено условие е да се премахне цялата ЧС, и наличие на достатъчно кожа, за да се затвори дефекта без напрежение (фиг. 9).



Фигура 8. ПП – циркумцизия



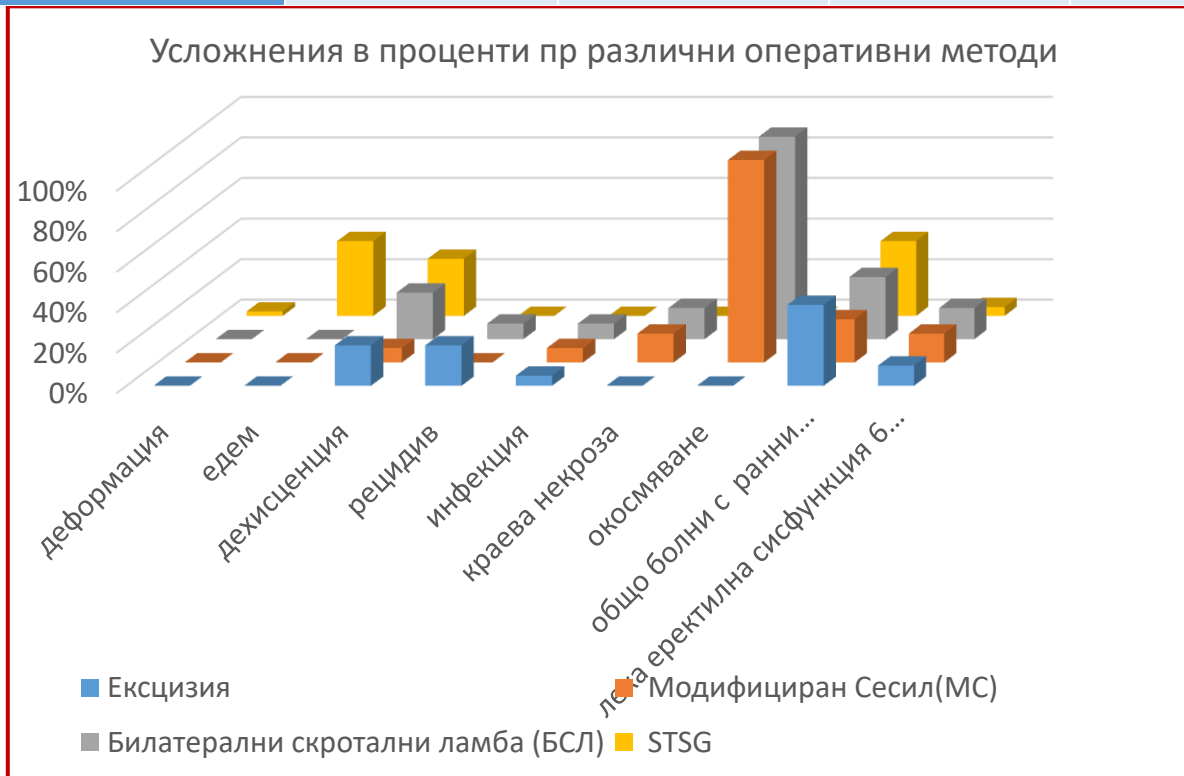
Фигура 9. ПП – ексцизия

Резултати и дискусия: Всички ранни усложнения са представени в таблица 1. Най-добри резултати показва STSG- при 1 пациент имаше деформация, при 17 –оток на гланса, при 13 – дехисценция в основата. Лека еректилна дисфункция на 6 месец следоперативно има при 11% от пациентите с Ексцизия, 17% при МС 10% при БСЛ и при 5% STSG

Таблица 1 : Ранни усложнения

	Ексцизия	Модифициран Сесил(МС)	Билатерални скротални ламба (БСЛ)	STSG
N	20	14	13	46
деформация				1
едем				17
дехисценция	4	1	3	13
рецидив	4		1	0
инфекция	1	1	1	
краева некроза		2	2	

окосмяване		14	13	0
общо болни с ранни усложнения (без окосмяването)	8	3	4	17
лека еректилна дисфункция 6 месец	2	2	2	2



Фигура 10. Усложнения на оперативните методи в проценти

Извод: Пластика с разцепен кожен трансплантат при парафином на пениса е с отлични следоперативни и функционални резултати и най-малко усложнения.

Литература:

1. В. Дунев, Парафином на мъжките гениталии– оперативно лечение и резултати, Автореферат на дисертационен труд, МУ -Плевен, 2014
2. Kim Hyun Tae, Ki Hak Moon. Long - Term Follow- up Result after Penile Paraffinoma Removal: In a view of Surgical outcome & Patients' satisfaction; Korean J Androl. 2008; Vol.26 /2/: 80-5
3. Дмитриев Д.Г., П. А. Щеплев, А. М. Боровиков. Варианты и возможности реконструктивной хирургии кожи полового члена; Урология и нефрология 1996; 0 /2/: 39- 44
4. Jeong Yeon Tae, Seong Choi and Hyun Yul Rhew. Excision of paraffinoma and reconstruction of the denuded penis; J.Kor. Androl. Soc. 1995; Vol 13 /2/: 139-148
5. Black Peter C., Jeffrey B. Friedrich, Loren H. Engray and Hunter Wessells. Meshed unexpanded split- thickness skin grafting for reconstruction of penile skin loss; The Journal of Urology 2004; Vol 172: 976-9

33. УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОПЕРАЦИИ В СПЕШЕН ПОРЯДЪК ПО ПОВОД НА ПЕРИТОНИТ И ИЛЕУС

*Ю. Калчева, П. Бобев, Н. Цолов, С. Глишков, Д. Стойков, И. Минев, В. Божков**

МБАЛ "Св. Анна-Варна" АД, Клиника коремна хирургия. Втора коремна хирургия.

*УМБАЛ "Света Марина" ЕАД Варна Втора Клиника по Хирургия Медицински Университет-Варна

УВОД: Перитонитът и илеусът са най-честите диагнози изискващи спешна оперативна намеса. Предвид липсата на време за пълна предоперативна подготовка и в повечето случаи увреденото общо състояние на пациента, при тях често се наблюдават постоперативни усложнения.

Усложненията са два основни типа – хирургични и нехирургични. В този доклад ще обърнем внимание на строго хирургичните усложнения изискващи реоперация.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Представяме опита на Второ хирургично отделение на Клиника по Коремна хирургия, МБАЛ „Св. Анна-Варна” и на Втора Клиника по Хирургия УМБАЛ ” Света Марина” ЕАД . Извършили сме ретроспективен анализ за 7 годишен период от 2010г до 2016, в който са включени всички операции по повод на илеус (бенигнен и малигнен характер), перитонит (перфорация на кух орган, апендицит, холецистит, панкреатит и др) и настъпилите усложнения (евисцерация, инсуфициенция) довели до реоперация .

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ: За периода 2010 – 2016 година са извършени общо над 850 операции по повод перитонит, над 650 по повод илеус. Общият брой хирургични усложнения е малко над 100. Средно годишните резултати са 107.9 перитонита, 75.9 илеуса, при среден брой усложнения 14.6. Най-честите причини за реоперация са евисцерация/дехисценция на оперативната рана и инсуфициенция на извършени анастомози. Показателите по отношение на годишния брой оперативни интервенции са стабилни, като впечатление прави тенденция към намаляване на реоперациите. Това може да бъде обяснено с натрупване на опит на оперативните екипи, подобряване на техниката както и навлизането на миниинвазивните методи при лечение на перитонит с апендикуларен и билиарен произход. Тази тенденция води до значително скъсяване на следоперативния период, подобро качество на живот на пациента, намаляване на разходите.

Доклад

УВОД: Коремната болка е сред най-честите оплаквания на пациентите търсеци спешна медицинска помощ. Въпреки постоянното подобряване на диагностиката и по-широкото навлизане на профилактиката и елективната хирургия, хирургичното лечение в порядък на спешност/отложена спешност, продължава да бъде основна част и в повечето единствено лечение на острите коремни заболявания. [4] Перитонитът и илеусът са основните диагнози изискващи спешна оперативна намеса, като времето между поставяне на диагнозата и извършването на оперативната намеса са от съществено значение за изхода от заболяването, успеха на лечението и в много случаи за живота на болния. [4, 10, 11] Често извършването на образни и лабораторни изследвания се налага да бъде отложено или е невъзможно да бъдат направени в пълен обем. Предвид липсата на време за пълна предоперативна подготовка и в повечето случаи увреденото общо състояние на пациента, често се наблюдават постоперативни усложнения. [2, 9] Усложненията са два основни типа – хирургични и нехирургични. [5, 11] В този доклад ще обърнем внимание на строго хирургичните усложнения изискващи реоперация – дехисценция/евисцерация на оперативната рана, инсуфициенция на анастомози, стеноза на анастомоза/стома, интраабдоминални абсцеси. [1, 2, 3]

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Представяме опита на Второ хирургично отделение на Клиника по Коремна хирургия, МБАЛ „Св. Анна-Варна” АД и на Втора Клиника по Хирургия УМБАЛ ” Света Марина” ЕАД . Извършили сме ретроспективен анализ за 7 годишен период от 2010г до 2016, в който са включени всички операции по повод на илеус (бенигнен и малигнен характер), перитонит (перфорация на кух орган, апендицит, холецистит, панкреатит и др) и настъпилите усложнения (евисцерация, инсуфициенция, абсцес) довели до реоперация .

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ: За периода 2010 – 2016 година са извършени общо 910 операции по повод перитонит и 653 по повод илеус. Общият брой хирургични усложнения е 111. Средно годишните резултати са 130 перитонита, 93.3 илеуса, при среден брой усложнения 15.9.

Таблица 1: Перитонит

ПЕРИТОНИТ	Общ брой - 910	Средно годишен брой 130
Апендицит:	278	39.7
Перфорация на стомашна/дуоденална язва	294	42
Перфорация на тънко черво, включително на Мекелов дивертикул	72	10.3
Перфорация на дебело черво вкл. при карцином	106	15.1
Гинекологичен произход	51	7.2
Холецистит/панкреатит	92	13
Други (перфорация на пикочен мехур, ретроперитонеален тумор и др.)	17	2.4

Острият апендицит е актуален проблем в спешната хирургия. Често пациентите постъпват с данни за разгърнат и напреднал перитонит на базата на деструктивен апендицит. [8] Независимо все по-широката употреба на ИПП с профилактична и лечебна цел, усложнената язвена болест все още е една от основните причини за операция по повод перитонит. [17, 18] Широкото навлизане на ранната лапароскопска холецистектомия при жлъчнокаменната болест и панкреатита в следствие на холелитиазата, значително редуцира деструктивните форми на холецистит водещи до билиарен перитонит и тежък некротичен панкреатит, въпреки това при по-възрастни, имунокомпроментирани и коморбидни пациенти, това все още е нередка патология. [12, 13, 19]

Въпреки навлизането на диагностичната колоноскопия като профилактика на малигнени заболявания на ГИТ, обтуриращите карциноми на дебелото черво представляват голям процент сред причините за оперативно лечение по повод на илеус. [2, 10, 16] Бенигнените форми на механичен илеус в следствие на сраствания, бридилеусът, странгулациите запазват стабилни показатели. [6] Независимо от широката употреба на антикоагулантна и антиагрегантна терапия при сърдечно – съдова патология, мезентериалната исхемия и тромбоза са все още тежка патология, трудно поддаваща се на лечение и с трайно висок леталитет. [2, 10]

Таблица 2: Илеус

ИЛЕУС	Общ брой – 653	Средно годишен брой 93.3
Механичен (адхезивен, бридилеус, странгулационен, волвулус, нодулус)	294	42
Обтуриационен бенигнен	64	9.1
Обтуриационен малигнен	190	27.1
Мезентериална исхемия/тромбоза	105	15

Спешният порядък на оперативната интервенция сама по себе си представлява рисков фактор за възникването на хирургични усложнения в сравнение със същата операция извършена в планов порядък. Пациентите имащи нужда от спешно оперативно лечение са в увредено общо състояние, установяват се анемичен, хипотропеинемичен синдром. Неотложността на операцията не позволява адекватната компенсация на гореописаните нарушения. Заболяването само по себе си – тежък перитонит или илеус предполагат компроментирани тъкани, което също е предпоставка за настъпване на усложнения в следоперативния период. [20, 21, 22, 23]

Таблица 3: Хирургични усложнения

ХИРУРГИЧНИ УСЛОЖНЕНИЯ	Общ брой - 111	Средно годишен брой 15.9
Евисцерация/дехисценция на раната	47	6.7
Инсуфициенция на анастомоза	45	6.4
Стеноза на анастомоза, на колостома	10	1.4
Субхепатален абсцес/билиарен перитонит	9	1.3

Най-често наблюдаваните усложнения довели до реоперация, в настоящия обзор са евисцерациите, следвани от инсифуциеинциите на анастомоза. Стенотичните усложнения са по-редки, проявяват се сравнително по-късно и често се овладяват консервативно.

Интраабдоминалните абсцеси са сравнително рядко усложнение в нашата практика. Възникват след операции по повод на гноен, фекулентен перитонит и по-рядко след хемоперитонеум, в следствие на задържани течни колекции и недобър дренаж. [2, 24]

Наблюдава се тенденция към намаляване на усложненията при запазен общ брой операции. Натрупването на опит на хирургичните екипи и подобряването на оперативната техника са ключови, допълнителен принос имат по-добрата предоперативна оценка и подготовка на болните.[4]

Прилагането на лапароскопията в оперативните интервенции по повод на перитонит и илеус е самостоятелен фактор подобряващ следоперативните резултати и спомагащ редуцията на усложненията: по-малка ранева повърхност, по-добър оглед на всички отдели на коремната кухина, особено при несигурна предоперативна диагноза. [9]. Лапароскопските интервенции при остър холецистит, дори при деструктивните му форми, лапароскопската некректомия и дренаж при некротичен панкреатит и лапароскопската апендектомия са доказали неуспоримите си предимства: по-малка оперативна травма, по-бързо възстановяване на пациента и връщането му към нормален ритъм на живот, скъсен болничен престой и намаляване на разходите. [7, 9, 19]

При лапароскопските интервенции при тотален фекулентен перитонит в следствие на перфорация на тънко или дебело черво резултатите са противоречиви. [14, 15] В нашите институции предпочитаме резекцията по Хартман или извежането на илеостома, като класически процедури с исторически доказани добри резултати. Пациентите постъпващи в двете клиники по Хирургия с данни за тежък илеус рядко са подходящи за лапароскопия. Наблюдаваме сравнително нисък процент на усложнения след приложението на конвенционална хирургия в тези случаи.

ИЗВОДИ: Спешната коремна хирургия е единственото лечение за остри състояния като перитонит и илеус. [9] С цел подобряване на постоперативните резултати и изравняването им с тези след планово хирургично лечение, трайно намаляване на броя усложнения изискващи реоперация, трябва активно да се работи за: подобряване на оперативната техника, по-широка употреба на мининвазивните методи на лечение, подобряване на предоперативната диагностика и по-бързата и адекватна подготовка на пациента.

РЕФЕРЕНЦИИ:

1. S. A. Lago-Deenadayalan, M. A. Newell, and W. E. Pofahl, Common Perioperative Complications in Older Patients, Chapter 29, Principles and Practice in geriatric surgery, 2011
2. Moosa AR, Lavelle-Jone M, Scott M. Surgical Complications. In: Sabiston Textbook of Surgery, 17th Edition, 2004
3. M. Paunovic, Predictors of postoperative complications in Gastrointestinal surgery, Acta Medica Medianae 2008;47(3):15-20
4. B. Stewart , P. Khanduri, C. McCord, M. Ohene-Yeboah, S. Uranues, F. Vega Rivera, C. Mock, Global disease burden of conditions requiring emergency surgery, British Journal of Surgery, January 2014, 9-22p
5. McCoy CC , Englum BR, Keenan JE, Vaslef SN, Shapiro ML, Scarborough JE., Impact of specific postoperative complications on the outcomes of emergency general surgery patients., J Trauma Acute Care Surg. 2015 May;78(5):912-8;
6. B. Fevang, MD, J. Fevang, MD, L. Stangeland, MD, PhD, O. Søreide, MD, PhD, FRCS, FACS, K. Svanes, MD, PhD, and A. Viste MD, PhD, Complications and Death After Surgical Treatment of Small Bowel Obstruction A 35-Year Institutional Experience, ANNALS OF SURGERY Vol. 231, No. 4, 529–537 © 2000 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
7. J. Aranda-Narváez, A. González-Sánchez, M. Montiel-Casado, A.Titos-García, J. Santoyo-Santoyo, Acute necrotizing pancreatitis: Surgical indications and technical procedures, World J Clin Cases 2014 December 16; 2(12): 840-845
8. Fair BA¹, Kubasiak JC¹, Janssen I², Myers JA¹, Millikan KW¹, Deziel DJ¹, Luu MB³, The impact of operative timing on outcomes of appendicitis: a National Surgical Quality Improvement Project analysis, Am J Surg. 2015 Mar;209(3):498-502
9. Karamanakos SN¹, Sdralis E, Panagiotopoulos S, Kehagias I., Laparoscopy in the emergency setting: a retrospective review of 540 patients with acute abdominal pain, Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010 Apr;20(2):119-24.
10. Н. Яръмов, Спешна хирургия, APCO 2011
11. J. Morris, W. Wood, Oxford textbook of Surgery, 2nd Edition, 2002
12. Loozen CS¹, van Ramshorst B, van Santvoort HC, Boerma D., Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly Population: A Systematic Review and Meta-Analysis., Dig Surg. 2017 Jan 18.
13. F. Demehri, H. Alam, Evidence-Based Management of Common Gallstone-Related Emergencies, Journal of Intensive Care Medicine 2016, Vol. 31(1) 3-13

14. J.Schultz, MD; S.Yaqub, MD, PhD; C.Wallon, MD, PhD; L.Blecic, MD; H.M.Forsmo, MD; J. Folkesson, MD, PhD; P. Buchwald, MD, PhD; H.Körner, MD, PhD; F.Dahl, PhD; T. Øresland, MD, PhD; for the SCANDIV Study Group, Laparoscopic Lavage vs Primary Resection for Acute Perforated Diverticulitis The SCANDIV Randomized Clinical Trial, JAMA. 2015;314(13):1364-1375.
15. Angenete E¹, Thornell A, Burcharth J, Pommergaard HC, Skullman S, Bisgaard T, Jess P, Läckberg Z, Matthiessen P, Heath J, Rosenberg J, Haglund E., Laparoscopic Lavage Is Feasible and Safe for the Treatment of Perforated Diverticulitis With Purulent Peritonitis: The First Results From the Randomized Controlled Trial DILALA, Ann Surg. 2016 Jan;263(1):117-22.
16. V. Trompetas, Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction, Ann R Coll Surg Engl 2008; 90: 181–186
17. K.Chung, V. Shelat, Perforated peptic ulcer - an update, World J Gastrointest Surg 2017, January 27
18. D. L. Buck, M. Vester-Andersen, M. H. Møller, Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer, British Journal of Surgery, Volume 100, Issue 8 July 2013, p 1045–1049
19. M. Blohm, J. Österberg, G. Sandblom, L. Lundell, M. Hedberg, L. Enochsson, The Sooner, the Better? The Importance of Optimal Timin of Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: Data from the National Swedish Registry for Gallstone Surgery, GallRiks, J Gastrointest Surg (2017) 21:33 – 40
20. S. Al-Shammary MBCHB FICMS, Risk Factors of Abdominal Wound Dehiscence: Evaluation and Outcome, IRAQI J MED SCI, 2012; VOL. 10(4)
21. J. Spiliotis, K. Tsiveriotis, A. Datsis, A.Vaxevanidou, G. Zacharis, K.Giafis, S. Kekelos, A. Rogdakis' Wound dehiscence: is still a problem in the 21th century: a retrospective study, World Journal of Emergency Surgery 2009, 4:12
22. Bakker IS , Grossmann I, Henneman D, Havenga K, Wiggers T., Risk factors for anastomotic leakage and leak-related mortality after colonic cancer surgery in a nationwide audit., Br J Surg. 2014 Mar;101(4):424-32;
23. Bielecki K., Gajda A., The causes and prevention of anastomotic leak after colorectal surgery, Klinicka Onkologie Zvláštní Číslo 1999
24. M. Schein., Management of intra-abdominal abscesses, Holzheimer RG, Mannick JA, editors. Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented. Munich: Zuckschwerdt; 2001.

- 34.
- 35.
- 36.
- 37.
- 38.
- 39.

40. ВЛИЯНИЕ НА КРИВАТА НА ОБУЧЕНИЕ ВЪРХУ КАЧАСТВОТО НА ХИРУРГИЧНАТА ПРОЦЕДУРА И УСЛОЖНЕНИЯТА ПРИ 420 ЛАПАРОСКОПСКИ КОЛОРЕКТАЛНИ ОПЕРАЦИИ.

Н. Белев, П. Русев, И.Петлешков, Хр.Коларов, К.Станева
УМБАЛ-Еврохоспитал, гр. Пловдив

Въведение. Ние сравняваме качеството на хирургичната процедура по време на обучението си по лапароскопска колопроктология. Сравнявайки различни параметри, детерминираме определена крива на обучение, при която един екип има нужния опит да извършва лапароскопски онкологични колоректални процедури при стационарни оперативни време, усложнения, болничен престой.

Материал и Метод. В проучването са включени 300 лапароскопски колоректални операции по повод на колоректален рак за периода 01.03.2009г. до 31.12.2016г, извършени в ХК на ВМА-МБАЛ-Пловдив и ХО на МБАЛ-Еврохоспитал, гр. Пловдив. Пациентите ни са разделени на три периода според броя на извършените интервенции. Първия период е 1-20 операция, втория период 20-40 оперативна интервенция и третия след 40 процедура

Резултати. Значимо намаляване на оперативното време констатирахме при лапароскопската дясна хемокоектомия(185мин. vs 100мин.) и предната резекция на ректума(210мин. на 120мин.), до като при дисталните ретални операции не установихме значително намаляване на продължителността на оперативната интервенция. Като отбелязвам че към момента сме в третия период от нашата крива на обучение що се касае до дисталния ректален рак.

Пациентите с конверзия намаляха от 11% през първия период до 4% през третия, като това са предимно болни с дистален ректален рак.

Наблюдаваме динамична промяна в естеството на усложненията, като през първия период наблюдавахме предимно тънкочревни перфорации интраоперативни и късни такива, поради неумело манипулиране. Честотата на инсуфициенциите е 6% през първия период като няма значима разлика в перспектива. Не установихме разлика в бройката изследвани лимфни възли през различните периоди. По отношение на чистотата на резекционите линии имаме засягане на циркумференциален ръб при 1 болен с карцином на средна трета на ректума и един R2 положителен дистален маржин.

Заклучение. С изкачването на кривата на убочение се намалява оперативното време и процента на конвертирани болни. Променя се естеството на усложненията. Основните хирургични компликации не се променят с обучението най вероятно поради разширяване на индикациите за лапароскопска хирургия при натрупването на съответния опит.

Въведение. Ние сравняваме качеството на хирургичната процедура по време на обучението си по лапароскопска колопроктология. Сравнявайки различни параметри, детерминираме определена крива на обучение, при която един екип има нужния опит да извършва лапароскопски онкологични колоректални процедури при стационарни оперативно време, усложнения, болничен престой.

С широкото навлизане на лапароскопския метод в колоректалната хирургия възниква въпросът за онкологичната издръжаност на тези операции. Няколко големи рандомизирани мултицентрични контролирани проучвания изследват тази страна на лапароскопските операции в сравнение с конвенционалните. CLASICC 2005 година, проведено върху 381 пациента с рак на ректума - 128 отворени и 252 лапароскопски, от които 34% завършили с конверсия. Установява се по-висока честота на засягане на циркумференциалния маржин при лапароскопската предна резекция 12 срещу 6 % при отворените операции.

Лапароскопската проктектомия не влиза в препоръките на Американската колоректална асоциация (American Society of Colon and Rectal Surgeons - ASCRS) що се отнася до адекватността на TME и чистотата на резекционните линии

С набирането на опит в лапароскопската хирургия в големите центрове идва и опровержението. COREAN – проучване обхващащо 340 пациенти, установява отлична TME без разлика между двете групи пациенти и едва 1.2% конверсии при лапароскопската група. През 2013 година COLOR II, анализирайки 1013 пациенти с рак на ректума /739 лапароскопски и 364 отворени/, потвърждава резултатите от COREAN - лапароскопската хирургия по повод на ректален рак, извършена от опитни лапароскопски хирурзи в съответните центрове води до обещаващи краткосрочни резултати:

- Еднаква постоперативна морбидност;
- Значимо ускоряване на възстановяването на чревната функция;
- Намаляване на постоперативната болка;
- Съкращаване на болничния престой;
- Еднаква честота на позитивните резекционни линии.

Предизвикателства, които стоят пред лапароскопския метод са: анатомичните ограничения в тесния малък таз, запазване на вегетативната интервенция, чист циркумференциален маржин, лапароскопска хирургия след неoadювантно лечение.

Всички очакваме дългосрочните резултати от протичащите проучвания (COREAN, COLOR II, JCOG 0404, и ACOSOG-Z6051), като преди това основния въпрос е как да се подготвят качествени оператори, така че пациентите да получат максимална полза от минимално инвазивната хирургия (МИХ).

Материал и Метод. В проучването са включени 420 лапароскопски колоректални операции по повод на колоректален рак за периода 01.03.2009г. до 31.12.2016г. , извършени в ХК на ВМА-МБАЛ-Пловдив и ХО на МБАЛ-Еврохоспитал, гр. Пловдив. Пациентите ни са разделени на три периода според броя на извършените интервенции. Първия период е 1-20 операция, втория период 20-30 оперативна интервенция и третия след 40 процедура

За периода са извършени 875 колоректалани операции по повод КРР – 455 (52%) конвенционални и 420 (48%) лапароскопски.

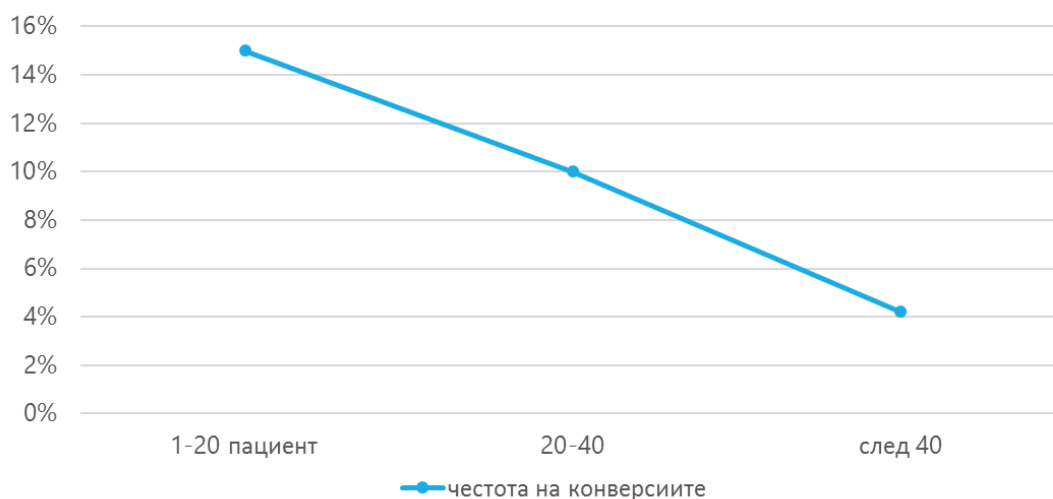
Резултати. Значимо намаляване на оперативното време констатирахме при лапароскопската дясна хемокоектомия(185мин. vs 100мин.) и предната резекция на ректума(210мин. на 120мин.), до като при дисталните ретални операции не установихме значително намаляване на продължителността на оперативната интервенция. Като отбелязвам че към момента сме в третия период от нашата крива на обучение що се касае до дисталния ректален рак.

Пациентите с конверсия намаляха от 11% през първия период до 4% през третия, като това са предимно болни с дистален ректален рак.

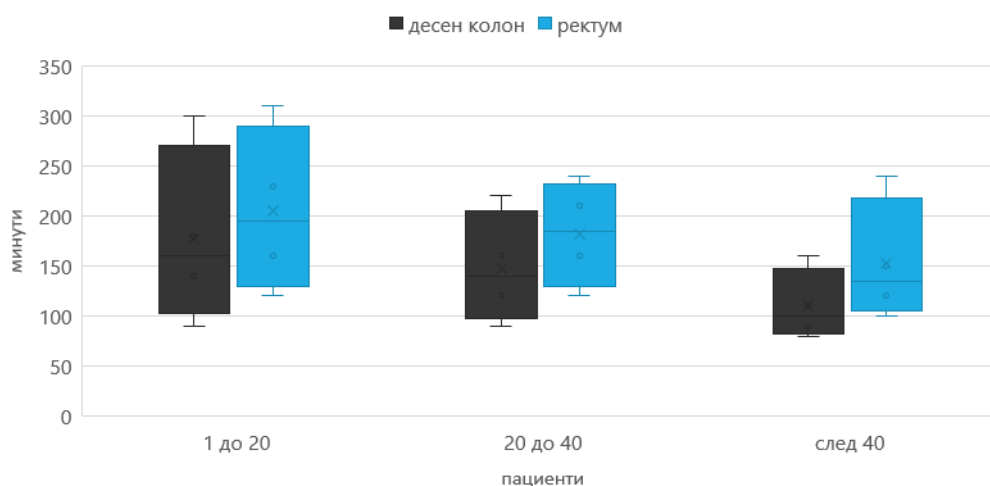
Наблюдаваме динамична промяна в естеството на усложненията, като през първия период наблюдавахме предимно тънкочревни перфорации интраоперативни и късни такива, поради неумело манипулиране. Честотата на инсуфициенциите е 6% през първия период като няма значима разлика в перспектива. Не установихме разлика в бройката изследвани лимфни възли през различните периоди. По отношение на чистотата на резекционите линии имаме засягане на циркумференциален ръб при 1 болен с карцином на средна трета на ректума и един R2

Натрупването на опит води до намаляване на процента коверсии, прави всеки болен с операбилен ректален рак е индициран за лапароскопска резекция, намалява процентът на усложнения. Приема се унифициран подход и детайлизиране на всеки етап от операцията, с използване на по-малък брой пълнители при дистално прекъсването на ректума. Оперативното време при лапароскопска се доближава до това при отворена операция на дистален ректален рак.

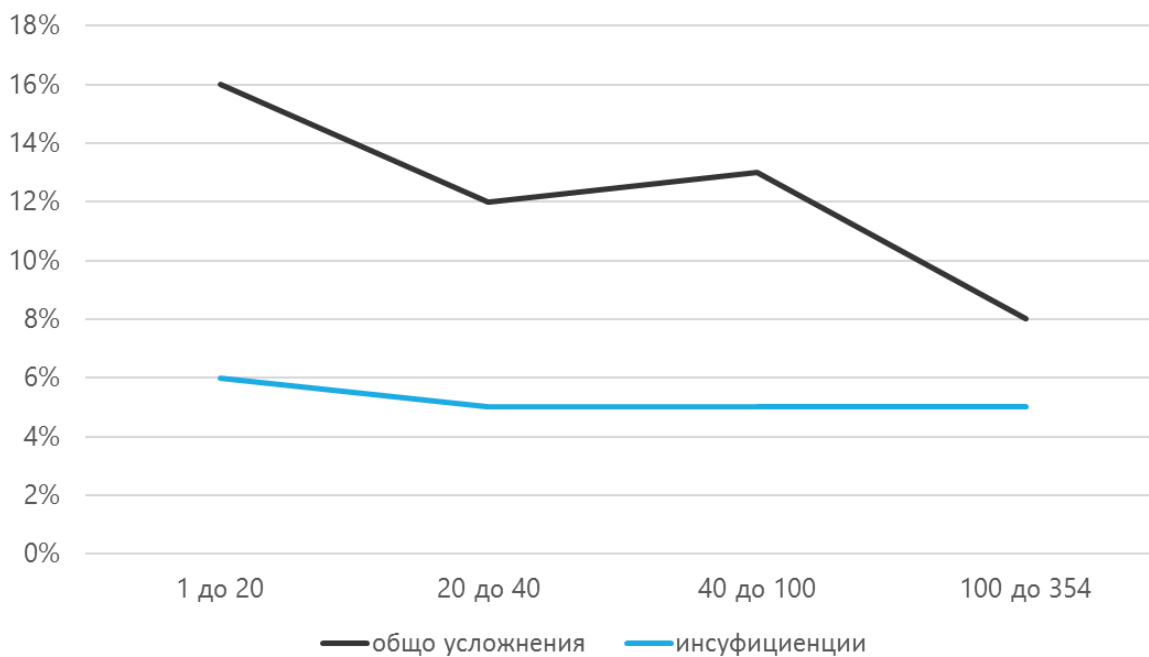
Влияние на кривата на обучение върху честотата на конверсиите /Графика 1/



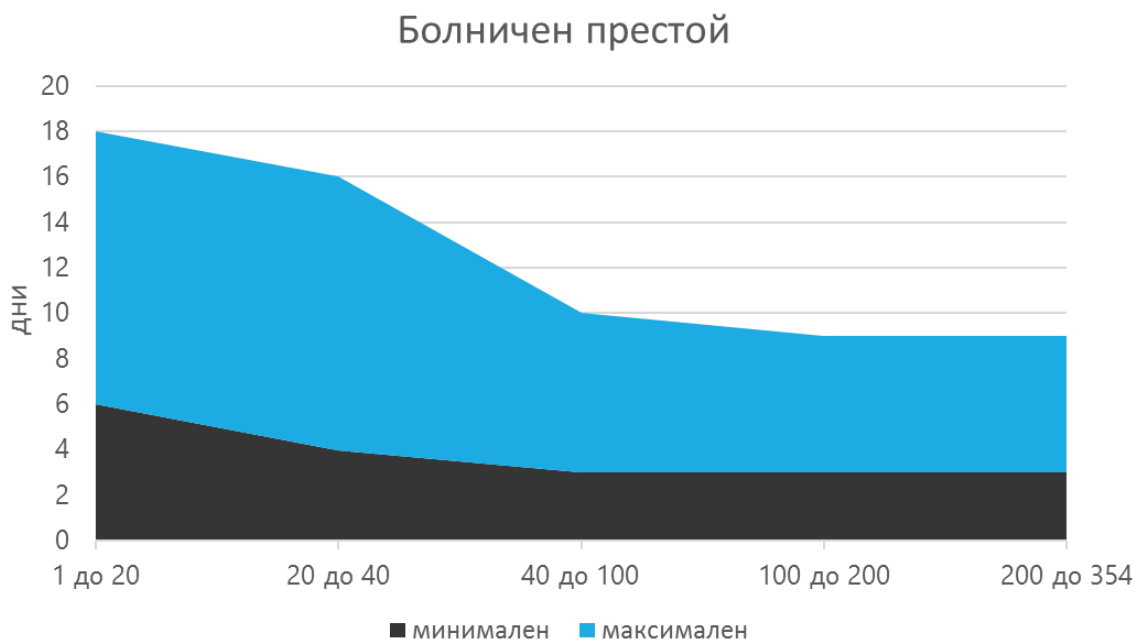
Влияние на кривата на обучение върху оперативното време /Графика 2/



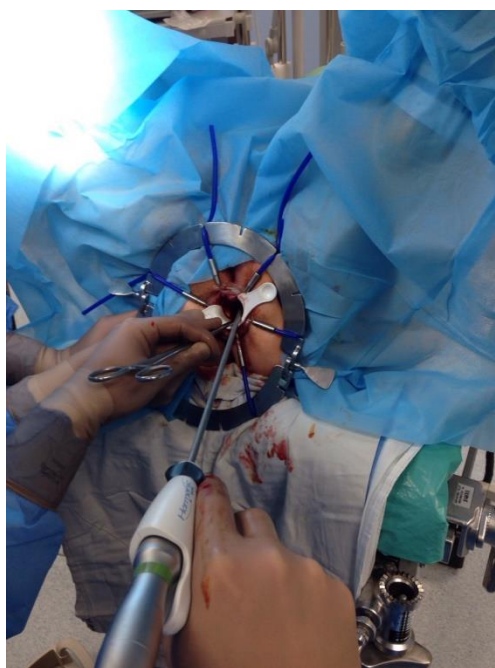
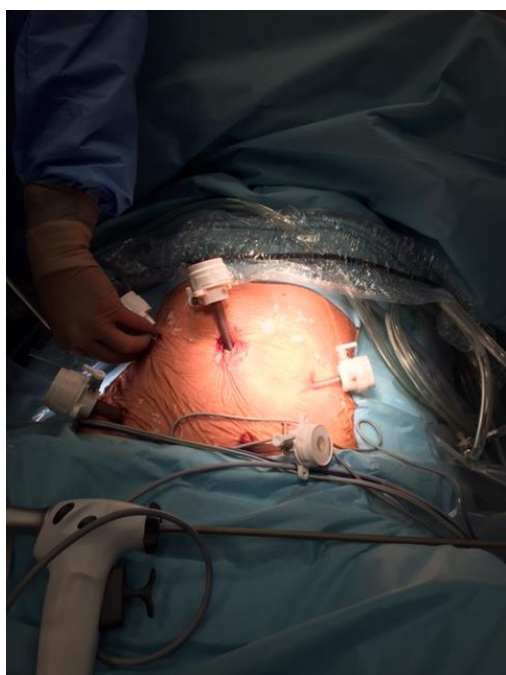
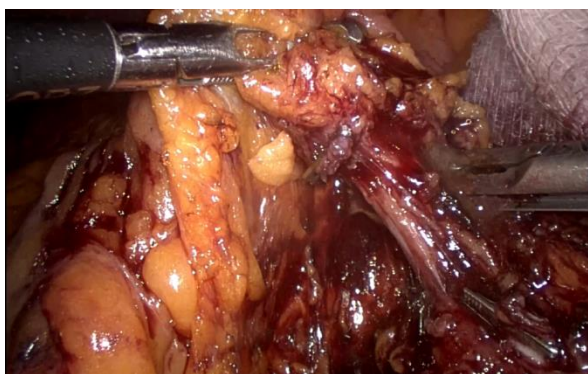
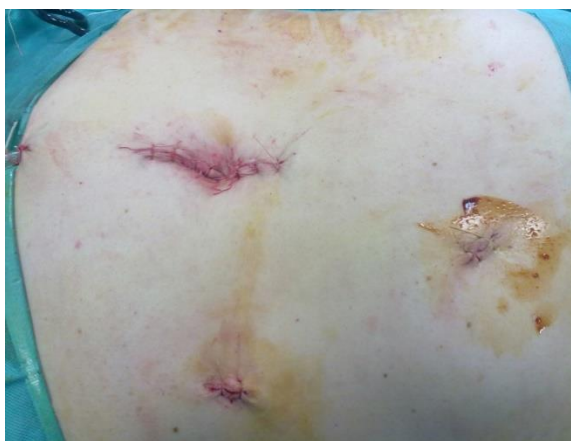
Влияние на кривата на обучение върху честотата на усложненията /Графика 3/



Влияние на кривата на обучение върху болничния престой /Графика 4/



Началото-2008г.





Заклучение. С изкачването на кривата на обучение се намалява оперативното време и процента на конвертирани болни. Променя се естеството на усложненията. Основните хирургични компликации не се променят с обучението, най-вероятно поради разширяване на индикациите за лапароскопска хирургия при натрупването на съответния опит.

Завършената крива на обучение и усъвършенстваната хирургична техника генерират по-добри резултати - по-нисък процент конверсии; по-нисък процент усложнения; по-кратък болничен престой; намаляване на разходите

Стандартизираният подход скъсява оперативното време, редуцира морбидитета и болничния престой.

41. ЧРЕВНА НЕПРОХОДИМОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ СЛЕД БИЛИОПАНКРЕАТИЧНА ДЕРИВАЦИЯ С ДУОДЕНАЛНО ПРЕВКЛЮЧВАНЕ.

Toni Ivanov Stoyanov¹, Pedro Cascales-Sanchez², Agustina Martinez-Moreno², Emilio Garcia-Blazquez², Pablo Sarduy-Fernandez¹, Paloma Casado-Santamaria¹, Elias Garcia-Grimaldo¹, Emilio Corral-Fernandez¹, Antonio Melero-Abellan¹, Kaloyan Tonev Ivanov³, Slaveiko Bogdanov⁴, Pencho Tonchev Tonchev⁴.

¹Department of Surgery, General Hospital of Villarobledo. ²University Hospital Center Albacete. Department of General Surgery. Unit of Endocrine and Bariatric Surgery. ³Department of Surgery MBAL – Medica, Ruse. ⁴Propedeutic Department of Surgery, UMBAL „D-r Georgi Stranski”, Pleven.

Билиопанкреатичната деривация с дуоденално превключване (БПД-ДП) е комплексна бариатрична хирургична техника, която води до значителна загуба на телесно тегло, но могат да бъдат наблюдавани различни хирургични и малнутритивни усложнения следоперативно. При 141 пациента с болестно затлъстяване третирани с хирургичната бариатрична техника БПД-ДП в Университетския Болничен Център на Албасете от януари 2003 до юни 2012г, следоперативно

чревна непроходимост е наблюдавана при 8 пациента, като при 7 от тях се е наложило хирургично лечение. Причините за чревната непроходимост са били: тънчочревен брид- 2 болни, волвулус на тънко черво 3 болни, вътрешна херния – 1 болен, заклещена следоперативна херния – 1 болен. Средното време за проследяване на пациентите е било 6 годидни. Средната загуба на телесно тегло на шестата година е била 55 кг а средната загуба на Body Mass Index (BMI) е била 20 kg/m². Чревната непроходимост при BPD-DS протича атипично, поради факта, че билиопанкреатичната бримка завършва на сляпо в дуоденума. Алиментарната бримка остава отворена и липсва типичното за чревна непроходимост повръщане, което затруднява ранната диагноза. Поради този факт всички пациенти, претърпели BPD DS с тежка коремна коликообразна болка, персистираща повече от няколко часа, трябва бъдат подложени спешно на КАТ - това е единственият начин за коректна диагноза

Доклад

Въведение:

Приблизително 1/3 от населението на Западна Европа и САЩ страда от затлъстяване в определена степен. Когато затлъстяването премине определени граници, последствията за различните системи на организма могат да бъдат унищожителни(1).

Клинични проучвания с висока степен на доказателственост показват, че при морбидно затлъстяване хирургичното лечение води до значителна загуба на телесно тегло, която се поддържа във времето, както и до удължаване и подобряване качеството на живот при тези пациенти.

Болестното затлъстяване е разпознато като епидемиологично в САЩ. Цифрите показват увеличаване на това заболяване от 12% през 1992 година до 18% през 1998 и е било почти 25% през 2004 година, като преобладава при популацията от населението между 18-29 години.

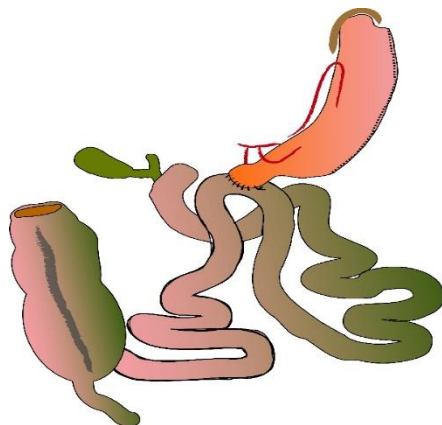
През 2002 година в САЩ е имало приблизително около 10 млн. пациенти с морбидно затлъстяване с BMI по-голям от 40 kg/m² и повече от 18 млн. с BMI >35 kg/m² съчетани с придружаващи заболявания. Две трети от възрастното население на САЩ е с наднормено тегло.

Неоперативното лечение на болестното затлъстяване (включващо диети, физически упражнения и поведенческа терапия) показват не особено добра ефективност при поддържане постигнатата загуба на телесно тегло за дълъг период от време и не са асоциирани с обратно развитие на съпътстващите заболявания. Много клинични проучвания документират нарастващата смъртност при популацията от пациенти с морбидно затлъстяване(2).

Хирургията остава единственият доказан ефективен метод за поддържане за дълго време на загубеното телесно тегло и намаляване на усложненията на придружаващите заболявания и смъртността при пациентите с морбидно затлъстяване(3).

Материал и методи :

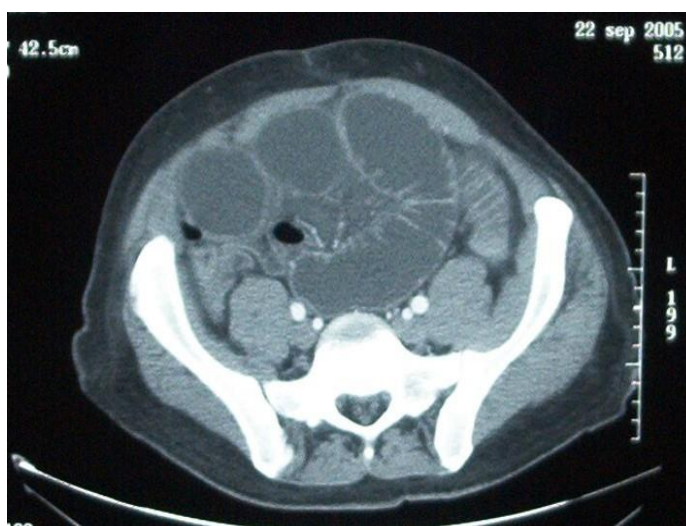
От януари 2003 до юни 2012г. в Университетския Болничен център на Албасете са оперирани 141 болни с морбидно затлъстяване с хирургичната техника Билиопанкреатична деривация с Дуоденално превключване. От тях 41 мъже (28.7%) и 100 жени (71.3%). Съотношение жени/мъже е 2.44/1. Средната възраст на пациентите е била 41.8 години (21-60 г.). Средното тегло на пациентите е било 139.13 кг (100-193кг). Среден BMI 51.91 (41.62-75.06 kg/m²). Средна височина 163.22 см (141-192 см). 128 пациента са оперирани конвенционално с трансверзална супраумбиликална лапаротомия и 13 болни са оперирани лапароскопски. При лапароскопията шест порта са използвани рутинно; само в случай на технически затруднения се е налагало използване на седми порт. Пациентите са проследени за срок от 9 години. Средното време за проследяване е било 6 годидни. Средната тотална загуба на телесно тегло на шестата година е била 55 кг а средната загуба на тотален Body Mass Index (BMI) е била 20 kg/m².



Фигура 1. Билиопанкреатична деривация с дуоденално превключване.

Следоперативно, чревна непроходимост е наблюдавана при 8 пациента (5.67%). При двама болни (1.41%) с общ канал съответно 50 и 100 см причината е брид на билиопанкреатичната бримка без некроза на черво.

При трима (2.12%) пациенти е наблюдаван волвулус на билиопанкреатичната бримка с исхемия и некроза на тънки черва, изискваща резекция. При първия болен с общ канал 50 см на първата година е наблюдаван волвулус на билиопанкреатичната бримка с некроза на дисталната ѝ част, обхващаща дисталната чревна анастомоза и терминалния илеум. Преоперативно рентгеновата снимка показва дилатация на чревни бримки и хидроаерични нива, а КАТ - дилатация на тънкочрвени бримки и свободно подвижна течност в коремната кухина (фиг.2). Извършена е чревна резекция, а пасажът е възстановен чрез анастомоза на билиопанкреатичната бримка с терминалния илеум на 15 см от илеоцекалната клапа и анастомоза на дигестивната бримка за билиопанкреатичната на 1 метър от lig. Treitz. На практика е било извършено обръщане на пассажа или т.н. reversal. На осмата година от проследяването пациента е с телесно тегло 103.6 кг при начално 168 кг и ВМІ 38.95кг/м² (63.16 начален), загуба на ексцесивно тегло 59,5%, и загуба на ексцесивен ВМІ 63.3%.



Фигура 2. Предоперативна обзорна рентгенография на корема и КАТ.

При втория пациент с обща бримка 50 см е наблюдавана чревна непроходимост на третата година, вследствие волвулус, и некроза на дисталната част на билиопанкреатичната бримка, включваща дисталната чревна анастомоза и дисталния илеум (обща бримка). Извършена е резекция на дисталната анастомоза, част от билиопанкреатичната бримка и терминалния илеум. Пасажът е възстановен чрез анастомоза на билиопанкреатичната бримка за дисталния илеум на 2 см

илеоцекалната клапа, а дигестивната бримка е анастомозирана за билиопанкреатичната бримка на 1 метър от илеоцекалната клапа.

При третия пациент (75см обща бримка) чревна непроходимост е наблюдавана на четвъртата година след операцията вследствие волвулус на тънки черва. Намерена е некроза на билиопанкреатичната бримка, поради което се извършва резекция на около 50 см от нея с термино-терминална анастомоза на около 7 см от дигестивната бримка. Същият болен следоперативно развива абсцес на черния дроб, разрешен с перкутанен дренаж.

При двама болни (1.41%) с чревна непроходимост поради брид и заклещена следоперативна херния се налага резекция на около 50 см от билиопанкреатичната бримка.

При един пациент със 100см обща бримка е наблюдавана тънкочревна непроходимост, разрешена с медикаментозно лечение и назогастрична сонда.

Дискусия.

BPD DS, като всеки чревен байпас, има присъща предиспозиция към чревна непроходимост, дори години след първичната хирургична интервенция. Чревната непроходимост може да бъде причинена от вътрешна херния, брид, сраствания или прегъване на йеюно-илеалната анастомоза. Особена форма на чревна непроходимост при BPD DS е тази на билиопанкреатичната бримка. Тя е дълга около 300 см и завършва на сляпо във втората част на дуоденума. Поради този факт клиничната картина протича като closed loop чревна непроходимост с бързо развитие на гангрена и некроза на чревната стена. Тази част на чревника не може да бъде декомпресирана с назогастрична сонда, не е достъпна за гастроскопия и поради това, че алиментарната бримка остава отворена, типичната клинична картина на чревната непроходимост не е типична, тъй като липсва повръщане(4). Всички пациенти с тежка коремна коликообразна болка, персистираща за повече от няколко часа, трябва бъдат подложени спешно на КАТ, защото това е единственият начин за коректна диагноза(5). Пациентът може да попадне в друга болница, където хирургът може да не е наясно с извършения чревен байпас, и да бъде загубено ценно време. Ето защо би било разумно пациентът да има схема или рисунка с чревната реконструкция, да бъде наясно с нея и да бъде посъветван да потърси незабавно лекарска помощ при коремна болка, продължаваща повече от 6 часа(6).

Изводи:

1. Чревната непроходимост при пациенти с интестинален байпас протича атипично и често липсва типичното повръщане и липса на типичните хидро-аерични нива.
2. Поради наличието на сляпа бримка развитието на чревна некроза протича по-бързо.
3. При съмнение за чревна непроходимост при такива болни е показана спешна диагноза с КАТ.

1. Moreno Esteban B, Zugasti Murillo A. [Bariatric surgery: an update]. Rev Med Univ Navarra. 2004;48(2):66-71.
2. Brian P. Jacob AP. Mastery of Surgery, 5th Edition. Fischer JE, editor: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 2383-401 p.
3. Farrell TM, Haggerty SP, Overby DW, Kohn GP, Richardson WS, Fanelli RD. Clinical application of laparoscopic bariatric surgery: an evidence-based review. Surgical endoscopy. 2009;23(5):930-49.
4. Aghajani E, Jacobsen HJ, Nergaard BJ, Hedenbro JL, Leifson BG, Gislason H. Internal hernia after gastric bypass: a new and simplified technique for laparoscopic primary closure of the mesenteric defects. Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. 2012;16(3):641-5.
5. Boru C, Silecchia G. Bariatric emergencies: what the general surgeon should know. Chirurgia (Bucur). 2010;105(4):455-64.
6. Crookes PF. Outcomes of Duodenal Switch and other Malabsorbitive Procedures. The Sages Manual a practical Guide to Bariatric Surgery2008. p. 156-65.

42. ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ПЛЕВРАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ГРЪДНО-ХИРУРГИЧНИ ОПЕРАЦИИ

Янков Г, А Семков, Д Петров

Клиника по гръдна хирургия, СБАЛББ „Света София“, Медицински университет, София

Абстракт. Направен е обзор на епидемиологията, патогенезата и лечението на следрезекционните инфекциозни плеврални усложнения. Разгледани са двете основни причини за развитието им (продължителна алвеоларна пропускливост след лобектомия и бронхоплеврална фистула след пулмонектомия) и е обсъдена превенцията им. Обстойно са обсъдени различните методи за саниране и облитериране на резидуалната кухина след постпулмонектомичен емпием са представени отдалечените резултати.

43. УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОПЕРАТИВНИ НАМЕСИ ЗА КОНТРОЛ НА МАСИВНА ИНТРАПЛЕВРАЛНА ХЕМОРАГИЯ ПРИ ГРЪДНА ТРАВМА, НАЛОЖИЛИ ИЗВЪРШВАНЕТО НА ПУЛМОНЕКТОМИЯ

Янков Г, А Семков, Д Петров

Клиника по гръдна хирургия, СБАЛББ „Света София“, Медицински университет, София

Извършването на пулмонектомия е рядка индикация при лечението на гръдната травма.

Представяме 34 г мъж, който е опериран по спешност в областна болница за масивна интраплеврална хеморагия, поради травма предимно на лявата гръдна половина. Поради неовладяема хеморагия и обширни разкъсвания на паренхимата е извършена en masse прошивна лигатура на белодробния хилус и дренаж на плевралната кухина с предна торакотомия. Седем дни след това поради неразгрване на белодробния паренхим е проведена странична торакотомия с освобождаване на централните лигатури и допълнителен дренаж. Белият дроб остава ателектатичен и се развива остър плеврален емпием, третиран с антибиотици. На 12-я следоперативен ден в увредено общо състояние е преведен в клиниката, където бе осъществена лява екстраплеврална пулмонектомия. Поради персистиране на емпиема със съмнение за малка фистула на бронхиалният чукан пациентът бе опериран отново след 3 дни. Бронхиалната комуникация бе ликвидирана с ламбо от левия m. rectus abdominis, поради невъзможност за използване на големите торакални мускули или оментума, поради предходните торакотомии и стара лапаротомия. Емпиемът бе ликвидиран в рамките на 5 дни с модификация на метода на Weder. Три години години пациентът е в задоволително общо състояние и е работоспособен.

Заключение. Представен е рядък случай на гръдна травма с необходимост от извършване на пулмонектомия на късен етап за овладяване на възникналите усложнения след две спешни операции. Развилният се емпием е третиран успешно с метода на Weder, Малката бронхиална фистула е ликвидирана с ламбо от m. rectus abdominis, което се извършва за първи път в България. Доклад

В сравнение със ситуацията преди 20 години е налице намаляване на оперативната смъртност и усложненията след торакални резекции, въпреки увеличаването в броя им. Смъртността след лобектомия обикновено не надвишава 2%. Докладваната смъртност след пулмонектомия е 5-10% (1), въпреки че не би трябвало да надвишава 5%. Нивата на смъртност след маншетна лобектомия, като алтернатива на пулмонектомията, не надвишават тези при стандартна лобектомия, а дългосрочната преживяемост е сравнима с тази след пулмонектомия (2,3). Смъртността, дори след маншетна пулмонектомия, не би трябвало да надвишава 10%.

Следоперативната плеврална инфекция е водеща причина за следоперативна болестност и смъртност, независимо от обема на резекцията. Съществуват две основни причини за инфекция след гръднохирургични операции: 1. Продължителна алвеоларна пропускливост след лобектомия и 2. Бронхоплеврална фистула след пулмонектомия.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНА АЛВЕОЛАРНА ПРОПУСКЛИВОСТ

Алвеоло-плевралната фистула е водеща причина за продължителна въздушна пропускливост и се наблюдава при 33% от пациентите след лобектомия. Широката вариабилност в честотата на това усложнение според различни доклади (3-70%) се дължи на наличието на различни дефиниции за въздушна пропускливост: в някои проучвания всяка въздушна пропускливост се счита за усложнение, докато в други се счита за усложнение само ако продължителността и надвишава 7 дни. Този вид пропускливост се наблюдава при 15-25% от оперираните пациенти, представлявайки основната причина за удължен болничен престой, поради необходимостта от дренаж и аспирация (4). Рисковите фактори за развитие на това усложнение са установени при проучване върху 558 пациенти с лобектомия и са нисък предвиден постоперативен форсиран експираторен обем за една секунда (ФЕО1), наличието на плеврални сраствания, горна лобектомия или билобектомия (5). При друго проучване върху 688 пациенти, при което пропускливостта е определена като усложнение, когато надвишава 4 дни, се установяват следните лоши прогностични фактори: мъжки пол, стероидна терапия, персистиращ пневмоторакс и лобектомия (6). Въпреки, че много проучвания показват причинно-следствената връзка между пропускливостта и лошата белодробна функция (ниски ФЕО1 и Тифно), наличието на диабет, напреднала възраст и мъжки пол (7-9), други проучвания не потвърждават тази зависимост, а в същото време сочат лявата долна лобектомия като най- често усложняваща се с продължителна пропускливост (10). Зачестилото приложение на индукционна терапия също може да бъде фактор за забавено разгъване на белодробният паренхим, чрез намаляване на еластичитета му.

Тъй като удължената алвеоларна пропускливост след лобектомия неизбежно води до плеврален емпием, терапевтичната логика е подчинена на нуждата от облитерация на плевралната кухина, в колкото е възможно по-голяма степен и възможно най-рано. Първата стъпка е подмяна на широките следоперативни дренажи с по-тънки (16-20 Fr.), насочени апикално или към други части на плевралната кухина, според конкретната нужда. Обикновено един такъв дренаж е недостатъчен. Приложението на тази процедура, стига да не се отлага до 7-10-ти следоперативен ден, избягва развитието на плеврален емпием при повечето пациенти без бронхоплеврална фистула (БПФ). Дори при наличието на емпием, плевралното пространство ще облитерира до 7-14 дни, стига да няма фистула, или тя да не се развие в хода на лечението. Въпреки, че развитието на плеврален емпием след лобектомия обикновено не е животозастрашаващо състояние, превенцията на продължителна пропускливост е от първостепенно значение в практиката, поради нарастващият брой болни с придружаващи заболявания. Тази превенция започва с подходяща оперативна техника и използването на ушиватели винаги, когато е възможно при непълни или липсващи интерлобарни бразди. Често използвана техника е внимателният клампаж на *p. phrenicus* с цел да се постигне временно редуциране на плевралното пространство. Създаването на „ плеврална палатка“ чрез отделяне на париеталната плевра от гръдната стена в апикалните участъци, макар репоръчвана от някои автори, не е широко възприета техника. В допълнение се използват различни средства за херметизация, като фибриново лепило (11-13), вещества на основата на полиетиленгликол и патчове, съдържащи фибриноген и тромбин (14).

Като опция в лечението на въздушна пропускливост може да се прилага автоложна кръв интраплеврално. В проучване, показващо пропускливост при 6.9% от оперираните, тя е била преустановена 1 ден след приложението на автоложна кръв в 58.6% от пациентите. Продължителността на пропускливостта в тази група е средно 5 дни спрямо 11 в контролната група ($p < 0.001$) (15).

ИНФЕКЦИОЗНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ПУЛМОНЕКТОМИЯ

Освен обичайните рискови фактори за усложнения след белодробни резекции, каквито са респираторните и сърдечно- съдови придружаващи заболявания, водещите причини при пациенти с пулмонектомия са плевралният емпием и наличието на БПФ. Постпулмонектомичният емпием (ППЕ) е рядко, но сериозно усложнение с честота от 4.4-16% (16-18). Около 75% от ППЕ се развиват в първите 3 месеца след операцията, но появата им е възможна и след години (19,20). В до 80% от случаите е налице и БПФ (16). Въпреки въвеждането на различни подходи и техники в последните пет десетилетия, лечението остава трудно и често свързано с висока смъртност (общо 10-20%, до 50% при наличие на фистула), болестност и продължителен болничен престой (21-23).

Развитието на ППЕ се повлиява неблагоприятно от различни фактори и по-специално наличието на бенигнено заболяване и нисък дифузионен капацитет за въглероден окис ($p=0.001$), следвано от нисък ФЕО1. Допринасят също наличието на предоперативна анемия, броят на хемотрансфузиите, подсилването на бронхиалния чукан, времето за престой на плевралния дренаж и извършването на довършваща пулмонектомия. Допълнителни сериозни рискови фактори са наличието на имуносупресия и неoadювантна химиотерапия (24,25). Ако пулмонектомията, особено дясната, се извършва след идукционна химио и/ или лъчетерапия, трябва да се използва някаква техника за подсилване на бронхиалния чукан (фиг.2).

Съществуват три причини за развитие на БПФ, свързани с оперативната техника. Първата е свързана с инсуфициенция на шевната линия и се проявява в началните 24-48 часа след операцията. Втората е ексцесивна дисекция около бронхиалния чукан с резултат деваскуларизация и фистула, развиваща се 7-14 дни следоперативно. Третата е прекъсване на бронхиалния чукан през засегнатата от заболяването тъкан – БПФ се проявява до 1 месец следоперативно. Следоперативната лъчетерапия може да предизвика БПФ по време на лечението или след края му. Вторични фистули могат да се развият при наличие на следоперативен емпием, особено при възрастни пациенти, неподходящи за хирургия. Този вид фистули не са налични преди развитието на емпиема.

БПФ се развива при около 1.6% от всички гръдно-хирургични интервенции, като е значително по-честа след пулмонектомия, отколкото след лобектомия. Преди употребата на бронхиални ушиватели, БПФ се е развивала при до 15% от пациентите след пулмонектомия. Докладваната честота в последните години е 5-10%, въпреки че беше демонстрирано, че честотата може да се сведе до 2% при подходяща техника за протектиране на бронхиалния чукан (26).

БПФ е сред водещите причини за смъртност и след маншетна пулмонектомия, особено ако резецираният трахео-бронхиален участък е над 4 см. Дори при тези разширени операции честотата на усложненията се редуцира от 31% в ранни доклади от 70-те (27,28), през все още високата честота в средата на 90-те (29), до по-малко от 10% в някои по-късни съобщения от края на 90-те (30). Изглежда, че честота на усложнения от порадъка на 15-17% е приемлива, имайки предвид особеностите на тази интервенция (31).

ЛЕЧЕНИЕ НА ПОСТПУЛМОНЕКТОМИЧЕН ЕМПИЕМ С БПФ

Поставянето на плеврален дренаж е първата стъпка в острата фаза на емпиема. Пациентите трябва да бъдат инструктирани до поставянето на плеврален дренаж да се разполагат така, че засегнатата страна да е нискоразположена, за да се избегне преливане към единствения бял дроб. Следващата стъпка е бронхоскопия за потвърждаване или отхвърляне на инсуфициенция на чукана. Смъртността обикновено се дължи на дихателна недостатъчност, поради инфекция в резултат на навлизането на гной през фистулата към контралатералния бял дроб. Стерилизация, дебридман, затваряне на налична БПФ и запълване на плевралната кухина (чрез антибиотичен пломбаж, ламба на краче от мускул или оментум или торакопластика) са следващите стъпки. Не съществува универсално и общовалидно лечение. Подходът се определя от стадия на емпиема, наличието на БПФ и общото състояние на болния. При отсъствие на БПФ агресивното хирургично поведение е спорно, поради високата честота на усложнения и факта, че не винаги предпазва от рецидиви.

Поставянето само на плеврален дренаж се приема като палиативна процедура. Като дефинитивно лечение, то включва и иригация чрез допълнителен апикален дренаж и при нужда ендоскопска оклузия на малки бронхиални фистули чрез фибриново лепило. Недостатъци на метода са голяма продължителност на лечението, дискомфорт поради наличие на плеврален дренаж, несигурната облитерация на кухината и развиващите се деформации на гръдния кош.

През 1963 CLAGETT и GERACI (47) въвеждат двуетапен метод, състоящ се от: 1) отворен плеврален дренаж (фенестрация) с почивстване и евентуално запълване на плевралната кухина чрез ежедневни превръзки през фенестрацията за 4-6 седмици, следвани от 2) запълване на плевралната кухина с антибиотичен разтвор при затварянето на фенестрацията. Тази процедура е била успешна при 88% от случаите ($n=14$), но е свързана с продължителна хоспитализация и значителна инвалидизация. Неуспехите на метода често се дължат на персистираща или рецидивна БПФ (48). С цел да преодолеят тези причини за неуспех, PAIROLERO и сътр. (49)

модифицират методиката на Clagett, като първо подсилват бронхиалния чукан и намаляват обема на плевралната кухина чрез преместване на добре васкуларизиран екстраторакален мускул, като междинна стъпка преди запълването на кухината с антибиотичен разтвор. Успехът на тази модификация (n=28) е 83.9%, но броят на реоперациите е значителен, а времето за хоспитализация дълго. Анализирайки опита на Mayo Clinic, ZANEER и сътр. (50) докладват, че първоначалното затваряне на гръдния кош преди дехоспитализацията се е провалило при 19% от пациентите (n=84), докато след втора процедура по Clagett, гръдният кош е затворен успешно при 88% от пациентите. Осем (9.5%) пациенти са живели с траен дефект на гръдната стена с периоперативна смъртност от 7.1%. Късното развитие на емпиема и ранното формиране на фенестрацията (51), както и възраст под 65 години са значими фактори за успешното затваряне на дефекта.

Тъй като запълването на плевралната кухина след фенестрация може да отнеме до две години, много автори съветват прилагането на допълнителни хирургични методи в тази посока (52,53). Използвани са транспозиции на различни екстраторакални мускули или оментум, както за запълване на кухината, така и за ликвидиране на евентуална придружаваща БПФ. Докладвано е, че както ламбата от оментум, така и мускулните ламба могат да имат важна роля в контрола на инфекцията. Освен това, и в двата случая се стимулира неоангиогенезата на бронхиални чукани с исхемия. При употребата на интаторакални мускулни или оментум не бива да се оставят никакви остатъчни кухини, за което трябва да се предвидят достатъчен брой ламба. Предимствата в употребата на екстраторакални мускулни ламба са тяхното добро кръвостабяване, възможността да достигнат почти всяка част на кухината и достатъчният им обем да я запълнят (54). Въпреки това, функционалните нарушения могат да възпрепятстват приложението на тази методика при изтощени пациенти, след лъчетерапия и задностранична торакотомия. Ламбото от оментум на краче предоставя богато кръвоснабдяване и циркулация на лимфа, ускорява васкуларизацията чрез фактори на ангиогенезата, подобрява пенетрацията на медикаменти в засегнатата зона, има противовъзпалителни и почистващи свойства, както и достатъчен обем. Процедурата е минимално инвазивна и проста (18,57). Оментопластиката може да се извърши при високорискови пациенти, пациенти, претърпели лъчетерапия и задностранична торакотомия и особено при случаи с БПФ (58). Запълване на кухината може да се осъществи най-малко 3 месеца след операция за доброкачествено заболяване (55). По тази причина, се препоръчва да се изкачква не повече от 6 месеца от формирането на фенестрацията до затварянето ѝ.

Затварянето на БПФ е от определящо значение за лечението на ППЕ. Съществуват различни техники, на базата на размера и вида на дефекта. Ендоскопското лечение чрез различни лепила и склерозанти при БПФ с размер под 3 мм има голямо значение, особено при високорискови болни (59,60). Достъп до чукана може да бъде осъществен през същата плеврална кухина, през контралатералната при левостранни фистули, както и чрез приложението на трансмедиастинална видео-асистирана хирургия (61). Предимствата на трансстерналния трансмедиастинален достъп (техника на ABRUZZINI) се състоят в избягване на инфектираните зони, срастванията в зони на предходни операции, деваскуларизацията на бронха и функционалните и козметични последици на торакопластиката. Тази техника е също така алтернатива при персистираща фистула, чието лечение е било опитано чрез останалите техники (62). Недостатък на този метод е, че остатъчната емпиемна кухина не се третира на същият етап, на който фистулата и се налагат последващи интервенции. Няколко автори са извършили каринална резекция чрез трансстернален достъп при наличието на бронхиален чукан с дължина под 5 мм. (63-66). SPAGGIARI и сътр. (67) разработват минимално инвазивен метод, подобен на този на Abruzzini, като използват едновременно три достъпа-шийна видеомедиастиноскопия, дясна предна медиастинотомия и парастернален порт за торакоскопа. Трансмедиастиналният VATS е въведен като минимално инвазивен достъп за ликвидиране на БПФ при селектирани пациенти. AZORIN и сътр. първи прилагат методиката със стаплер зашиване на фистула след лява пулмонектомия и VATS дебридман и иригация на инфектираната плеврална кухина. LESCHBER и сътр. съобщават първия случай на резекция и затваряне на чукана при БПФ чрез видео-медиастиноскопия.

При пациенти с ранен ППЕ и асоциирана БПФ GHARAGOZLOO и сътр. (22) докладват 100% успех при скъсен период на хоспитализация и по-редки усложнения чрез спешен плеврален

дренаж, последван от торакотомия, дебридман, ресутура на бронха и незабавно затваряне на гръдната стена. Следоперативна иригация на плевралната кухина и запълване с антибиотичен разтвор представляват заключителният етап от лечението, като методът се прилага само при строго селектирани пациенти.

Ускореният метод на WEDER трябва да се приема за надграждане на метода на Clagett, при който има висок процент на успех - 97.3% със средна продължителност на болничния престой от 17-18 дни (68). Лечението се състои в повтарящи се дебридмани на плевралната кухина под обща анестезия, вакуумна терапия на кухината, временно запълнена с компреси с йод-повидон и продължителна аспирация и системна антибиотична терапия. При наличието на БПФ, тя се затваря и бронха се подсилва с мускулно ламбо или оментум. Процедурата се повтаря на всеки 48 часа, като обикновено са нужни 3.5 процедури до постигане на микробиологична чистота на кухината. Най-накрая кухината се запълва с антибиотичен разтвор и се затваря. ПЕТРОВ и сътр. налага видеоасистирана модификация на метода на Weder (n=3), която се извършва чрез унипортален достъп с размер 4-5 см. Първата процедура се извършва под обща анестезия, която се налага поради презумпцията, че може да се наложи да бъде извършена по-голяма интервенция. За останалите сесии и следоперативно обезболяване се използва висок торакален епидурален блок. Плевралната кухина не се дренира между сесиите. ППЕ е бил успешно излекуван при всички пациенти (необходими 3 сесии) със средна продължителност на болничния престой 10.3 дни и отлични дългосрочни функционални и козметични резултати.

Една от причините за избягване на употребата на VATS вероятно е страха от приложение на методиката при сериозни и потенциално летални усложнения, както и наличието на инфектирани тъкани в зони, които трудно биха били достигнати чрез торакоскоп. Въпреки това, няма доказателство, че успехът зависи от тотален дебридман на всички инфектирани тъкани. Дори чрез VATS да не може да се постигне такова пълно saniране, както чрез торакотомия, той често е успешен, поради намаляване на бактериалното замърсяване и ексудацията под критичен праг, който позволява на плевралната кухина да се възстанови. HOLLAUS и сътр. (69) извършват VATS дебридман на инфектираните материи, последван от следоперативен антибиотичен лаваж, базиран на микробиологичната чувствителност, осъществен чрез единичен плеврален дренаж двукратно дневно (n=9). BAGAN и сътр. (71) започват с антибиотични промивки на плевралната кухина през два плеврални дрена, провеждана двукратно на ден и продължаваща 10 дни. Предоперативно в плевралната кухина са поставени 250 000 IU Стрептокиназа, след което е извършен VATS дебридман и е поставен един плеврален дрена. Този подход носи задоволителни резултати по отношение на продължителността на болничния престой и честотата на рецидиви на инфекцията. ERNST и NIES (72) докладват трима пациенти с ППЕ лекувани успешно с повтарящ се торакоскопски дебридман и периодичен лаваж с разтвор на Поливинилпиролон-йодин и Стрептокиназа/Стрептодорназа. За стерилизиране на плевралната кухина са извършени 3 до 7 торакоскопии под обща анестезия. След период на проследяване от средно 14 месеца, всички трима пациенти са в добро състояние и без данни за инфекция. ПЕТРОВ и сътр. също успешно извършва повтарящ се VATS дебридман и лаваж с разтвор на Йод-повидон (n=4) през два порта, но само първият VATS дебридман е под обща анестезия. Следващите VATS процедури са извършени под епидурална аналгезия в пространството между T6-8. Между процедурите плевралната кухина е била запълнена с разтвор на Йод-повидон (1:10), без поставяне на интраторакален дренаж. Отдалечените резултатите са отлични.

Вакум-асистирана терапия (VAC) е описана от Fleischmann и сътр. през 1993 и се прилага широко при различни раневи инфекции. Тя води до бързо овладяване на тези инфекции чрез генериране на негативно налягане, което води до развитие на грануляционна тъкан, ликвидиране на ексудацията, редуциране на едема с увеличена тъканна перфузия чрез дилатация на артериолите. Varker and Ng [] за първи път я прилагат (2006) при емпием след лобектомия безБПФ. Натрупаните данни от литературата показват, че използването на VAC като допълнение на основните методи води до редуцираненаморбидността и скъсяване на болничния престой при третирането на пострезекционни плеврални емпиеми. Препоръчва се използването гъби да се подменят на всеки втори до пети ден. Методиката може да се приложи и при амбулаторни пациенти.

Няколко автори предлагат ограничената торакопластика като метод за лечение на ППЕ, избягвайки множеството последователни интервенции и психологическа травма на продължителния болничен престой или на дефинитивния дренаж (73-76). Cornet и сътр. (77) докладват, че 75% от техните пациенти са били в състояние отново да работят. Торакопластиката по Andrews позволява добър контрол на инфекцията при пълно отстраняване на продуктите на възпалението под визуален контрол, затваряне на всички бронхиални фистули на първи етап, едноетапна процедура и бързо и често лесно следоперативно възстановяване (78). Тази хирургична процедура може да бъде поне алтернатива на торакостомията, когато вторичното затваряне изглежда несигурно, или да бъде използвана при провал на другите хирургични методи. Добрите резултати, както и доброто качество на живот след тази торакоплевропластика, подкрепят преоткриването на този метод при правилно подбрани пациенти.

В заключение, лечението на ППЕ (обикновено чрез съчетание от методи) трябва да бъде индивидуално подбрано при всеки случай. Методът на Clagett и неговите модификации са ефективни и безопасни за запълване на плевралната кухина. Миопластиката чрез екстраторакални мускули е отличен метод за запълване на плевралната кухина при наличие на БПФ. Оментопластиката е ефективна и безопасна процедура при подбрани случаи на ППЕ. Чрез VATS дебридман могат да бъдат излекувани повечето пациенти с малка БПФ или липса на такава и не пречи на осъществяването на по-агресивни хирургични методи при неуспех или рецидив.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Wahi R, McMurtrey MJ, DeCaro LF, et al. Determinants of perioperative morbidity and mortality after pneumonectomy. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 33–37.
2. Tedder M, Anstadt MP, Tedder SD, et al. Current morbidity, mortality, and survival after bronchoplastic procedures for malignancy. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 387–391.
3. Okada M, Yamagishi H, Satake S, et al. Survival related to lymph node involvement in lung cancer after sleeve lobectomy compared with pneumonectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119: 814–819.
4. Serra-Mitjans M, Belda-Sanchis J, Rami-Porta R. Surgical sealant for preventing air leaks after pulmonary resections in patients with lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD003051.
5. Brunelli A, Monteverde M, Borri A, et al. Predictors of prolonged air leak after pulmonary lobectomy. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1205–1210.
- 177 E. CANALIS ET AL.
6. Cerfolio RJ. Recent advances in the treatment of air leaks. *Curr Opin Pulm Med* 2005; 11: 319–323.
7. Abolhoda A, Liu D, Brooks A, et al. Prolonged air leak following radical upper lobectomy: an analysis of incidence and possible risk factors. *Chest* 1998; 113: 1507–1510.
8. Hazelrigg SR, Nunchuck SK, LoCicero J 3rd. Video Assisted Thoracic Surgery Study Group data. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 1039–1043.
9. Isowa N, Hasegawa S, Bando T, et al. Preoperative risk factors for prolonged air leak following lobectomy or segmentectomy for primary lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 21: 951.
10. Okereke I, Murthy SC, Alster JM, et al. Characterization and importance of air leak after lobectomy. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1167–1173.
11. Fabian T, Federico JA, Ponn RB. Fibrin glue in pulmonary resection: a prospective, randomized, blinded study. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 1587–1592.
12. Fleisher AG, Evans KG, Nelems B, et al. Effect of routine fibrin glue use on the duration of air leaks after lobectomy. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 133–134.
13. Wong K, Goldstraw P. Effect of fibrin glue in the reduction of postthoracotomy alveolar air leak. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 979–981.
14. Anegg U, Lindenmann J, Matzi V, et al. Efficiency of fleece-bound sealing (TachoSil) of air leaks in lung surgery: a prospective randomised trial. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007; 31: 198–202.
15. Shackcloth MJ, Poullis M, Jackson M, et al. Intrapleural instillation of autologous blood in the treatment of prolonged air leak after lobectomy: a prospective randomized controlled trial. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 1052–1056.
16. Wong PS, Goldstraw P. Post-pneumonectomy empyema. *Eur J Cardiothorac Surg* 1994; 8: 345–349.
17. Deschamps C, Pairolero PC, Allen MS, et al. Management of postpneumonectomy empyema and bronchopleural fistula. *Chest Surg Clin N Am* 1996; 6: 519–527.
18. Schneiter D, Grodzki T, Lardinois D, et al. Accelerated treatment of postpneumonectomy empyema: a binational long-term study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008; 136: 179–185.
19. Shamji FM, Ginsberg RJ, Cooper JD, et al. Open window thoracostomy in the management of postpneumonectomy empyema with or without bronchopleural fistula. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86: 818–822.
20. Wain JC. Management of late postpneumonectomy empyema and bronchopleural fistula. *Chest Surg Clin N Am*

- 1996; 6: 529–541.
21. Abbas Ael-S, Deschamps C. Postpneumonectomy empyema. *Curr Opin Pulm Med* 2002; 8: 327–333.
 22. Gharagozloo F, Margolis M, Facktor M, et al. Postpneumonectomy and postlobectomy empyema. *Thorac Surg Clin* 2006; 16: 215–222.
 23. Misthos P, Kakaris S, Sepsas E, et al. Surgical management of late postpneumonectomy bronchopleural fistula: the transsternal, transpericardial route. *Respiration* 2006; 73: 525–528.
 24. Frytak S, Lee RE, Pairolero PC, et al. Necrotic lung and bronchopleural fistula as complications of therapy in lung cancer. *Cancer Invest* 1988; 6: 139–143.
 25. Sonobe M, Nakagawa M, Ichinose M, et al. Analysis of risk factors in bronchopleural fistula after pulmonary resection for primary lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 18: 519–523.
 26. Arnold PG, Pairolero PC. Intrathoracic muscle flaps. An account of their use in the management of 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1990; 211: 656–660.
 27. Faber LP. Results of surgical treatment of stage III lung carcinoma with carinal proximity. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 1001–1014.
 28. Darteville PG, Khalife J, Chapelier A, et al. Tracheal sleeve pneumonectomy for bronchogenic carcinoma: report of 55 cases. *Ann Thorac Surg* 1988; 46: 68–72.
 29. Darteville PG, Macchiarini P. Carinal resection for bronchogenic cancer. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 8: 414–425.
 30. Darteville PG, Macchiarini P. Techniques of pneumonectomy. Sleeve pneumonectomy. *Chest Surg Clin N Am* 1999; 9: 401–417.
 31. Roviario GC, Varoli F, Rebuffat C, et al. Tracheal sleeve pneumonectomy for bronchogenic carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 13–18.
 32. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, et al. Pneumonectomy for malignant disease: factors affecting early morbidity and mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121: 1076–1082.
 33. Algar FJ, Alvarez A, Aranda JL, et al. Prediction of early bronchopleural fistula after pneumonectomy: a multivariate analysis. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 1662–1667.
 34. Borri A, Leo F, Veronesi G, et al. Extended pneumonectomy for non-small cell lung cancer: morbidity, mortality, and long-term results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 5: 1266–1272.
 35. Leo F, Scanagatta P, Baglio P, et al. The risk of pneumonectomy over the age of 70. A case–control study. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007; 31: 780–782.
 36. Powell ES, Pearce AC, Cook D, et al. UK pneumonectomy outcome study (UKPOS): a prospective observational study of pneumonectomy outcome. *J Cardiothorac Surg* 2009; 4: 41.
 37. Stolz A, Pafko P, Harustiak T, et al. Risk factor analysis for early mortality and morbidity following pneumonectomy for non-small cell lung cancer. *Bratisl Lek Listy* 2011; 112: 165–169.
- 178 INFECTION AFTER LUNG RESECTION
38. Petrella F, Radice D, Borri A, et al. The impact of preoperative body mass index on respiratory complications after pneumonectomy for non-small-cell lung cancer. Results from a series of 154 consecutive standard pneumonectomies. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011; 39: 738–744.
 39. Blyth DF. Pneumonectomy for inflammatory lung disease. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 18: 429–434.
 40. Owen RM, Force SD, Pickens A, et al. Pneumonectomy for benign disease: analysis of the early and late outcomes. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013; 43: 312–317.
 41. Tsuchiya R, Goya T, Naruke T, et al. Resection of tracheal carina for lung cancer. Procedure, complications, and mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99: 779–787.
 42. Mathisen DJ, Grillo HC. Carinal resection for bronchogenic carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 102: 16–22.
 43. Darteville PG, Macchiarini P, Chapelier AR. Tracheal sleeve pneumonectomy for bronchogenic carcinoma: report of 55 cases. Updated in 1995. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1854–1855.
 44. Roviario G, Varoli F, Romanelli A, et al. Complications of tracheal sleeve pneumonectomy: personal experience and overview of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121: 234–240.
 45. Porhanov VA, Poliakov IS, Selvaschuk AP, et al. Indications and results of sleeve carinal resection. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 685–694.
 46. Subotich D, Mandarich D, Giroux D, et al. Sleeve pneumonectomy for lung cancer – survival and complications (single-center experience with 42 patients). *Acta Chir Belg* 2007; 107: 515–522.
 47. Clagett OT, Geraci JE. A procedure for the management of postpneumonectomy empyema. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1963; 45: 141–145.
 48. Stafford EG, Clagett OT. Postpneumonectomy empyema. Neomycin instillation and definitive closure. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972; 63: 771–775.
 49. Pairolero PC, Arnold PG, Trastek VF, et al. Postpneumonectomy empyema. The role of intrathoracic muscle transposition. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99: 958–966.
 50. Zaheer S, Allen MS, Cassivi SD, et al. Postpneumonectomy empyema: results after the Clagett procedure. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 279–286.
 51. Massera F, Robustellini M, Della Pona C, et al. Predictors of successful closure of open window thoracostomy for postpneumonectomy empyema. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 288–292.
 52. Weissberg D. Empyema and bronchopleural fistula. Experience with open window thoracostomy. *Chest* 1982; 82: 447–450.

53. Regnard JF, Alifano M, Puyo P, et al. Open window thoracostomy followed by intrathoracic flap transposition in the treatment of empyema complicating pulmonary resection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 120: 270–275.
54. Miller JI, Mansour KA, Nahai F, et al. Single-stage complete muscle flap closure of the postpneumonectomy empyema space: a new method and possible solution to a disturbing complication. *Ann Thorac Surg* 1984; 38: 227–231.
55. Postmus PE, Kerstjens JM, de Boer WJ, et al. Treatment of post pneumonectomy pleural empyema by open window thoracostomy. *Eur Respir J* 1989; 2: 853–855.
56. Garcia-Yuste M, Ramos G, Duque JL, et al. Open-window thoracostomy and thoracomyoplasty to manage chronic pleural empyema. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 818–822.
57. Yokomise H, Takahashi Y, Inui K, et al. Omentoplasty for postpneumonectomy bronchopleural fistulas. *Eur J Cardiothorac Surg* 1994; 8: 122–124.
58. Okumura Y, Takeda S, Asada H, et al. Surgical results for chronic empyema using omental pedicled flap: longterm follow-up study. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1857–1861.
59. Torre M, Quaini E, Ravini M, et al. 1987: Endoscopic gluing of bronchopleural fistula. Updated in 1994. *Ann Thorac Surg* 1994; 58: 901–902.
60. Tsunozuka Y, Sato H, Tsukioka T, et al. A new instrument for endoscopic gluing for bronchopleural fistulae. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1088–1089.
61. Azorin JF, Francisci MP, Tremblay B, et al. Closure of a postpneumonectomy main bronchus fistula using videoassisted mediastinal surgery. *Chest* 1996; 109: 1097–1098.
62. Topcuoglu MS, Kayhan C, Ulus T. Transsternal transpericardial approach for the repair of bronchopleural fistula with empyema. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 394–397.
63. Stamatis G, Martini G, Freitag L, et al. Transsternal transpericardial operations in the treatment of bronchopleural fistulas after pneumonectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 1996; 10: 83–86.
64. Knaepen P. Discussion. In: Ginsberg RJ, Pearson FG, Cooper JD, et al. Closure of chronic postpneumonectomy bronchopleural fistula using the transsternal transpericardial approach. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 234–235.
65. de la Rivière AB, Defauw JJ, Knaepen PJ, et al. Transsternal closure of bronchopleural fistula after pneumonectomy. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 954–957.
66. Porhanov V, Poliakov I, Kononenko V, et al. Surgical treatment of ‘short stump’ bronchial fistula. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 17: 2–7.
67. Spaggiari L, Carbognani P, Solli P, et al. Video-assisted modified Abruzzini technique for bronchopleural fistula repair. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1198–1200.
68. Schneider D, Cassina P, Korom S, et al. Accelerated treatment for early and late postpneumonectomy empyema. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 1668–1672.
69. Hollaus PH, Lax F, El-Nashef BB, et al. Natural history of bronchopleural fistula after pneumonectomy; a review of 96 cases. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 1391–1396.
- 179 E. CANALIS ET AL.
70. Gossot D, Stern JB, Galetta D, et al. Thoracoscopic management of postpneumonectomy empyema. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 273–276.
71. Bagan P, Boissier F, Berna P, et al. Postpneumonectomy empyema treated with a combination of antibiotic irrigation followed by videothoracoscopic debridement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 132: 708–710.
72. Ernst M, Nies C. Die thoroskopische Therapie des Pleuraempyems nach Pneumonektomie. [Thoracoscopic therapy of pleural empyema after pneumonectomy.] *Chirurg* 1999; 70: 1480–1483.
73. Jadczyk E. Postpneumonectomy empyema. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 14: 123–126.
74. Gregoire R, Deslauriers J, Beaulieu M, et al. Thoracoplasty: its forgotten role in the management of nontuberculous postpneumonectomy empyema. *Can J Surg* 1987; 30: 343–345.
75. Barker WL. Thoracoplasty. *Chest Surg Clin N Am* 1994; 4: 593–615.
76. Horrigan TP, Snow NJ. Thoracoplasty: current application to the infected pleural space. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 695–699.
77. Cornet E, Dupon H, Lucas A, et al. Current place of thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis. *Rev Tuberc Pneumol* 1960; 24: 1185–1188.
78. Icard P, Le Rochais JP, Rabut B, et al. Andrews thoracoplasty as a treatment of post-pneumonectomy empyema: experience in 23 cases. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1159–1163.

180

44. УСЛОЖЕНИЯ В ШИЙНАТА ЕНДОКРИННА ХИРУРГИЯ - МЕДИЦИНСКИ И ЕТИЧНИ АСПЕКТИ

Р. Пандев, М. Кермедчиев, Б. Коруков

Клиника по Хирургия, Секция „Ендокринна хирургия“
 Университетска Болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“ – София
 Медицински Университет - София

Увод: Усложненията в шийната ендокринна хирургия са част от общите хирургичните компликации, но имат определена специфика, свързана с естеството на патологията и анатомичните особености на зоната в която настъпват.

Материал и методи: Във Фокуса на дискусиата са усложнения настъпили при паратиреоидни и тиреоидни операции: Едностранна или двустранна Лезия на Нервус Ларингеус Рекуренс, Хипопаратиреоидизъм, Остра шийна хеморагия, Лезии на други нервни и съдови структури в шията, Инфекции на оперативната рана.

Интраоперативното увреждане на Нервус Ларингеус Рекуренс е една от най-честите причини за медико-правни искове в страните от ЕС и САЩ.

Sosa et al. анализират влиянието на опита на хирурга върху компликациите и икономическите резултати при тиреоидектомия (5).

Дискусия: Какво представлява хирургическото усложнение- това е събитие настъпило в резултат на хирургическа намеса, което е - неприятно, нежелано, непреднамерено и което би могло да се избегне!

То не винаги е неочаквано.

Уместно е да се прави разлика между “последствие“ след една оперативна интервенция и настъпило “Усложнение“.

Например метаболитно разстройство като “хипотиреоидизъм“ както и “преходната хипокалциемия“ след тиреоидектомия са класически пример за разлика между последствие и усложнение. (2)

Важен е начина на “интерпретация“ на дадено състояние, например “преходната хипокалциемия“ бе разглеждана дълго време като компликация, но повечето автори сега я приемат за последствие, но не и за усложнение. (2)

При всяко усложнение (вкл. Ендокринно-хирургическите) е необходимо изясняване на следните въпроси:

Пострадал ли е пациентът?

Има ли налице трайна инвалидност?

Починал ли е пациента?

Само болничният престой ли е удължен?

Необходим е анализ на т.нар. „потенциално опасни“ ситуации, които при определен “каскаден ефект” могат да доведат до сериозни периперативни компликации.

45. УСЛОЖНЕНИЯ В ТИРОИДНАТА ХИРУРГИЯ

Г.Костов¹, Р.Димов¹, Т.Иванов², Р.Кънчев², В.Маринов³, Д.Аргиров¹, М.Стоилова², Б.Боев²,

1.Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра - “Специална хирургия“ ,

“УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

2.“УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

3.Медицински Университет – Пловдив, Медицински факултет, Катедра – “Пропедевтика на хирургичните болести“, “УМБАЛ“ Каспела, Клиника по хирургия

Увод: В България около 200 - 250 000 души се нуждаят от оперативни намеси по повод патология на щитовидната жлеза. Годишно се извършват близо 2500 оперативни интервенции върху тиреоидеята. Всички тези болни са изложени на риск от получаването на определени интра и/или следоперативни усложнения.

Цел: Да извършим ретроспективен статистически анализ на ранните и късни усложнения след операции върху тиреоидната жлеза получени от пациентите оперирани в Клиниката по Хирургия на УМБАЛ“Каспела“ за период от 5години.

Материали и методи: Информацията бе събрана от история на заболяването на пациентите, оперативните журнали и документите от контролните прегледи.

Резултати: За този времеви интервал в нашата клиника са оперирани 2604 пациенти по повод тиреоидни заболявания. Половото разпределение е, както следва жени 2186 / 84%/, мъже 418/16%/. За посочения период най-често използваният оперативен метод е тоталната тиреоидектомия, следван от лобектомия и истмектомия. Наблюдаваните усложнения включваха: транзиторен

хипопаратиреоидизъм при 14% от пациентите, следван от временната едностранна пареза на възвратния ларингеален нерв наблюдавана при 0.99% от болните и на последно място постоперативната хеморагия при 0.53% от оперираните.

Дискусия: В последните години с подобряване на оперативната техника и използвания инструментариум, голяма част от описаните в миналото интра и следоперативни усложнения на тироидната хирургия останаха в историята. За съжаление все още се наблюдават компликации които влошават оперативните резултати и влияят негативно върху качеството на живот на пациентите.

Ключови думи: Щитовидна жлеза, тироидна хирургия.

46. МАСТНА ЕМБОЛИЯ СЛЕД ОПЕРАЦИЯ ЗА ГИНЕКОМАСТИЯ

В. Митова, Р. Хаджиев**, А. Михайлов*, М. Зашев*, М. Грозева**, Р. Горнев**

**Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия*

***Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»*

Увод: Гинекомастията е доброкачествено уголемяване на мъжките гърди и е често срещан проблем. Основното лечение е оперативно. Най-честите интра- и постоперативни усложнения при такива операции са: кървене, формиране на сером, инфекция, недостатъчни резултати от оперативното лечение, инвертиране на зърното и некроза на ареолата. Емболията е едно от неспецифичните усложнение при операция на гърди и се среща рядко.

Материали и методи: Представяме случай на 24-годишен пациент с унилатерална гинекомастия. Извършена е субкутанна ексцизия на паренхим и мастната тъкан. Оперативната интервенция преминава без усложнения. Около 10 часа по-късно пациентът се оплаква от слабост във крайниците, гадене и повръщане. Става психомоторно възбуден и леко неориентиран. След консултация с невролог и анестезиолог се приема, че се касае за хистерична атака. 30 минути по-късно пациентът губи съзнание, няма сърдечна дейност, дишане и умира.

След извършената аутопсия като основна причина за смъртта на пациента е посочена следоперативна белодробна тромбемболия.

При втората съдебномедицинска експертиза се доказва наличие на мастна емболия. Допълнително се установи и папиларен карцином на щитовидната жлеза, което е пропуснато при първата аутопсия.

Дискусия: Едностранна гинекомастия, съчетана с карцином на щитовидна жлеза не е често срещано в медицинската практика. Ето защо от една страна може да се приеме, че основната причина за гинекомастията е ненормална хормонална секреция. От друга страна пък наличие на паранеопластичен синдром може да бъде причина за мастна емболия.

Мастна емболия след операция за гинекомастия е рядко усложнение. Това е и причината оплакванията на пациентите обикновено да се пренебрегват и диагнозата да се пропуска.

47. ДЕБЕЛОИГЛЕНА РЕЖЕЩА БИОПСИЯ ПРИ ЛЕЗИИ В МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА- КЛИНИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ И УСЛОЖНЕНИЯ

Ив. Петрова¹, Д. Димитров¹, М. Караманлиев³, А. Габарски³, П. Въртов³, Р. Генчева³, Ч. Иванов³, С. Поповска², Г. Вълчева¹, В. Нанев¹, Ц. Иванов¹, Х. ФерADOVA³, Т. Делийски¹

¹ Клиника по Онкологична хирургия към УМБАЛ „Георги Странски“

² Отделение по Обща и клинична патология към УМБАЛ „Георги Странски“

³ Кръжок по Онкологична хирургия към Медицински университет - Плевен

Увод: Дебелоиглената режеща биопсия е стандартен метод при диагностиката на рака на млечната жлеза. Тя поставя диагнозата и дава информация относно вида на карцинома и неговия рецепторен и HER2 статус, което определя понататъшното поведение.

Цел: Поставихме си за цел да проучим ефективността на дебелоиглената режеща биопсия и усложненията, които настъпват след дебелоиглена режеща биопсия.

Материали и методи: Направихме ретроспективен анализ на всички пациентки, със суспектни за малигнени лезии в гърдата, на които е взета дебелоиглена режеща биопсия в клиниката по

Онкологична хирургия към УМБАЛ „Георги Странски“ – гр. Плевен за периода от януари 2014г. до декември 2015г. В проучваният период са взети общо 79 дебелоиглени режещи биопсии на пациентки, на които след това е осъществено радикално оперативно лечение. Използвана е автоматична 18 G tru - cut игла. Дебелоиглената режеща биопсия е взета под мануален или ехографски контрол, с инфилтрация на 1 % Лидокаин и малък, до 3мм разрез.

Резултати: Резултатите показаха, че дебелоиглената режеща биопсия има 98,73% диагностична точност, 98,6% чувствителност, 100% специфичност, 100% позитивна предиктивна стойност. По отношение на усложненията бяха регистрирани леки усложнения като: 3.79% хематоми, 1.27 % инфекции, 10.12 % следоперативно кървене, 34.94 % следоперативна болка. Сериозно усложнения бяха регистрирани при един случай с пневмоторакс или 1.27%.

Изводи: Дебелоиглената режеща биопсия е ефективен, високо специфичен и чувствителен метод за диагностика на рак на млечната жлеза, при който рядко се отчитат съществени следоперативни усложнения. Сравнена с отворената биопсия е по-безопасен, икономически по-изгоден метод, с по-малък болничен престой, по-малка следоперативна болка и усложнения.

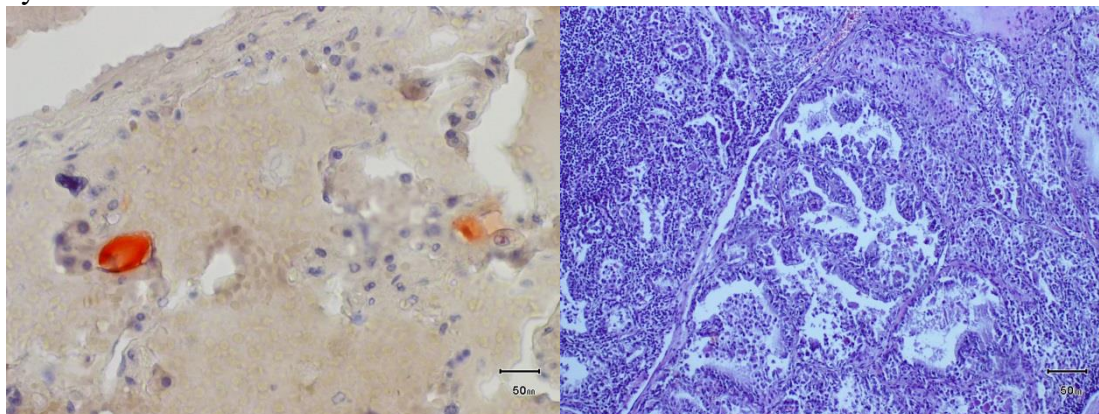
Преставяме клиничен случай на 24-годишен мъж приет с диагноза "Едностранно гинекомастия". След провеждане на всички стандартни предоперативни изследвания, пациентът е опериран под обща анестезия. По време на операцията е открита туморна формация (50 mm) на дясната гърда с макроскопска характеристика на гинекомастия. Извършена е субкутанна ексцизия на паренхимата и мастната тъкан и е поставен дренаж. Отстранената тъкан е изпратена за хистологично изследване. Описаната операция протича без усложнения и възстановяването след анестезията е безпроблемно.

Около 10 часа по-късно, пациентът се оплаква от слабост и изтръпване на четирите крайника. Започва гадене и повръщане. Става психомоторно възбуден и леко неориентиран, с артериално налягане 110/60 и пулс 100. След консултация с невролог и анестезиолог се изключва обща и огнищна патология и състоянието се определя като "хистерична атака".

Тридесет минути по-късно, горната половина на тялото на пациента внезапно посинява, той губи съзнание, няма сърдечна дейност и дишане. След пълна кардиопулмонална реанимация, пациентът умира.

При извършената аутопсия за основна причина за смъртта на пациента е посочена следоперативна белодробна тромбоемболия.

При втората съдебномедицинска експертиза се доказва наличие на мастна емболия. Допълнително се установи и папиларен карцином на щитовидната жлеза, който е пропуснат при първата аутопсия.



Фиг. 1. Мастна емболия

Фиг.2. Папиларен карцином на щит. жлеза

Възникналата мастна емболия може да се обясни с особеностите на кръвоснабдяване на гърдите. А. thoracica interna има перфоративни клонове, които свързват венозния отток от гърдите с белите дробове. (11)

Поради наличието на папиларен карцином на щитовидната жлеза, е възможно, при пациентът да се е проявил и паранеопластичен синдром, който е характерен за пациенти с диагноза „рак“.

Паранеопластичният синдром клинично най-често се среща при тумори на гърдата, белите дробове, яйчниците и т.н. Най-характерните прояви на паранеопластичния синдром са ектопична

секрецията на хормони и склонност на пациентите към емболия. Манифестирането на този синдром не е задължително да корелира със стадия на основното заболяване или прогнозата. (4), (5)

Дискусия

Гинекомастията е доброкачествено уголемяване на мъжките гърди, дължаща се на жлезна пролиферация. (1) Това е често срещан проблем сред мъжете с честота достигаща до 36%. Описани са редица оперативни техники за лечение. (3) При симптоматични пациенти, както и при тези, желаещи основно козметични промени се извършва субкутанна мастектомия. (1)

Основните усложнения след операции на гърда могат да се разделят на две групи: общи, неспецифични усложнения (инфекции на оперативните рани, формиране на сером, хематом) и специфични, свързани с оперативните процедури върху гърдите. (2) Най-честите усложнения са: кървенето, последвано от формирането на сером, инфекция, недостатъчни резултати от оперативната интервенция, инвертиране на зърното и некроза на ареолата. (8)

Емболията е едно от неспецифичните усложнения при този тип операции. Като цяло венозният тромбоемболизъм (ВТЕ), който включва дълбока венозна тромбоза и белодробна тромбоемболия, е важна причина за заболяемост и смъртност при пациенти с рак. (12) Очакваната годишна честота на първия епизод на ВТЕ в общата популация е 0,117%. (13) Пациентите с туморни формации имат четирикратно повишен риск от венозна тромбоемболия, като годишната честота достига около 0,48%. (14)

При проучване в Англия, от 126 хирурзи извършващи операции на гърди, 38 лекари (30%) не прилагат рутинно антитромботична терапия. Очакваната честота на ВТЕ след операция на гърда в това проучване е по-малко от 1%. (15)

Рисковите фактори за тромбоемболия при възрастни и деца, описани в литературата са: веностаза, хиперкоагулация, възпаление на стените на съдовете (триада Вирхов), скорошна операция или травма и злокачествени заболявания. Други фактори като затлъстяване, тютюнопушене, естрогенна терапия, продължително залежаване, наследствени заболявания, свързани с кръвосъсирването и предишна белодробна емболия също са добре известни рискови фактори за тромбоемболични усложнения. Според малък брой проучвания хипогонадизъм, инжектиране на респеридон и тестостерон също са свързани с увеличаване честотата на дълбока венозна тромбоза и белодробна емболия. (16), (17), (18), (19)

JR Piggott и съавтори съобщават за случай на двустранна белодробна емболия след двустранна мастектомия при 15-годишно момче с гинекомастия и хипогонадизъм. Освен вече изброените рискови фактори, те съобщават също и това, че ВМІ по-голямо от 35 кг/м² е основен рисков фактор за тромбоемболични инциденти при пациенти, претърпели хирургични интервенции за оформяне на тялото. (20)

Мастната емболия е описана клинично за първи път от Von Bergmann през 1873 при пациент със счупена бедрената кост. (9) (10)

Най-често мастна емболия се среща след фрактури на дълги кости или при нараняване на меки тъкани на голяма площ, при което по-голямата част от тези случаи включват мастна емболия в белите дробове, но има описани и случаи на комбинирани емболии в белите дробове и мозъка. Симптомите обикнове се появяват скоро след травмата или операцията и мастни капчици могат да бъдат наблюдавани в рамките на малките белодробни съдове след специално оцветяване. (6)

Мастната емболия често се пренебрегва като причина за задух и недостиг на въздух. Клиничната картина, хронологията на поява на симптомите и лабораторните показатели стоят в основата на диагностицирането ѝ. Лечението е свързано най-вече с превенция на възникване на мастна емболия и последващо поддържащо лечение на всички органи и системи. (7)

Заклучение

Гинекомастията е често срещано заболяване. Лечението е основно хирургично, при което както и при всички други хирургични интервенции съществува риск от интра- и следоперативни усложнения.

Най-честото усложнение е кървенето, последвано от формирането на сероми, инфекция, недостатъчни резултати от оперативната интервенция, инвертиране на зърното и некроза на ареолата.

Мастна емболия при пациент с едностранната гинекомастия, съчетана с папиларен карцином на щитовидната жлеза е рядък случай.

Литературните данните са ограничени и основно се базират на доклади за отделни случаи. Ето защо оплакванията на пациентите често се пропускат.

От една страна като основна причина за гинекомастия може да се приеме абнормната хормонална секреция. От друга страна, паранеопластичния синдром може да бъде причина за мастна емболия.

Библиография:

1. Steele SR, Martin MJ, Place RJ., Gynecomastia: complications of the subcutaneous mastectomy, *Am Surg.* 2002 Feb;68(2):210-3.
2. Angelique F. Vitug, MD, Lisa A. Newman, MD, MPH, FACS*, Complications in Breast Surgery, *Surg Clin N Am* 87 (2007) 431–451, University of Michigan, Breast Care Center, 1500 East Medical Center Drive., 3308 CGC, Ann Arbor, MI 48167, USA
3. Arvind A¹, Khan MA¹, Srinivasan K¹, Roberts J². Gynaecomastia correction: A review of our experience, *Indian J Plast Surg.* 2014 Jan;47(1):56-60. doi: 10.4103/0970-0358.129624.
4. Lorraine C. Pelosof, MD, PhD and David E. Gerber, MD, Paraneoplastic Syndromes: An Approach to Diagnosis and Treatment, *Mayo Clin Proc.* 2010 Sep; 85(9): 838–854., doi: 10.4065/mcp.2010.0099
5. Spinazze S, Schrijvers D. Metabolic emergencies. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2006;58:79-89 [PubMed]
6. Zhou L, Mu J, Dong HM, Zhang J., Forensic analysis of death caused by fat embolism: A study of 20 autopsy cases, *Fa Yi Xue Za Zhi.* 2013 Dec;29(6):431-3.
7. George J¹, George R, Dixit R, Gupta RC, Gupta N., Fat embolism syndrome, *Lung India.* 2013 Jan;30(1):47-53. doi: 10.4103/0970-2113.106133. [PubMed]
8. Lapid O¹, Klinkenbijn JH², Oomen MW³, van Wingerden JJ⁴. Gynaecomastia surgery in the Netherlands: what, why, who, where...., *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014 May;67(5):702-6. doi: 10.1016/j.bjps.2014.01.040. Epub 2014 Feb 4.
9. James L. Glazer, MD, and Daniel K. Onion, MD, MPH, Fat Embolism Syndrome in a Surgical Patient, BRIEF REPORTS, *JABFP July–August 2001 Vol. 14 No. 4 (310-313)*
10. Von Bergmann E. Ein fall todlicher fettembolie. *Berl klin Wochenscher* 1873;10:385.
11. John E. Skandalakis, Gene L. Colborn, Thomas A. Weidman, Roger S. Foster, Jr., Andrew N. Kingsnorth, Lee J. Skandalakis, Panajiotis N. Skandalakis, Petros S. Mirilas, Skandalakis' Surgical Anatomy, Chapter 03
12. Rickles FR, Edwards RL. Activation of blood coagulation in cancer: Trousseau's syndrome revisited. *Blood.* 1983;62:14–31. [PubMed]
13. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, et al. Trends in the incidence of deep venous thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch Intern Med.* 1998;158:585–593. [PubMed]
14. Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN, et al. Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based case-control study. *Arch Intern Med.* 2000;160:809–815. [PubMed]
15. Robert H. I. Andtbacka, MDCM, FRCSC, Gildy Babiera, MD, S Eva Singletary, MD, Kelly K. Hunt, MD, FACS, Funda Meric-Bernstam, MD, FACS, Barry W. Feig, MD, FACS, Frederick C. Ames, MD, FACS, Merrick I. Ross, MD, FACS, Yvette Dejesus, MSN, and Henry M. Kuerer, MD, PhD, FACS; Incidence and Prevention of Venous Thromboembolism in Patients Undergoing Breast Cancer Surgery and Treated According to Clinical Pathways, *Ann Surg.* 2006 Jan; 243(1): 96–101., doi: 10.1097/01.sla.0000193832.40178.0a
16. Ramzi DW, Leeper KV. DVT and pulmonary embolism: Part 1. Diagnosis. *Am Fam Phys.* 2004;69:12. [PubMed]
17. Hatef DA, Kenkel JM, Nguyen MQ, et al. Thromboembolic risk assessment and the efficacy of enoxaparin prophylaxis in excisional body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:269–79. [PubMed]
18. Bennet A, Sie P, Caron P, et al. Plasma fibrinolytic activity in a group of hypogonadic men. *Scand J Clin Lab Invest.* 1987;1:23–7. [PubMed]
19. Kamiyo Y, Soma K, Nagai T, Kurihara K, Ohwada T. Acute massive pulmonary thromboembolism associated with risperidone and conventional phenothiazines. *Circ J.* 2003;1:46–8. [PubMed]
20. JR Piggott, BSc and Arjang Yazdani, MD FRCSC, Bilateral pulmonary emboli after bilateral mastectomy in a 15-year-old boy with hypogonadism: A case report, *Can J Plast Surg.* 2010 Winter; 18(4): e50–e52.

48. ОЦЕНКА НА ВЛИЯНИЕТО И ЕФЕКТИВНОСТТА НА СПЕЦИАЛИЗИРАНО ОБУЧЕНИЕ ПО ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ ВЪРХУ СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА, КАКТО И НУЖДТА ОТ ПОДОБНИ КУРСОВЕ

М.Караманлиев, Д. Димитров, Ц. Ианов, Н. Станиславова, П. Вѣтов, А. Габѣрски, Ч. Иванов, М. Аноар, З. Василева

1. Студентска научно-изследователска група по онкологична хирургия
2. Клиника по онкологична хирургия, УМБАЛ „Г. Странски“ Плевен

Вѣведение: През последните десетилетия лапароскопската хирургия (ЛХ) се превърна в стандарт при лечението на редица заболявания. Все по-широкото приложение на тази техника води и до нужда от специфично обучение. Съвременните тенденции в медицинското образование ускоряват този процес чрез основи поставени още в студентските години на бъдещи специализанти по хирургия.

Цел: Целта ни е да оценим влиянието и ефективността на извънучебни курсове по лапароскопска хирургия за студенти по медицина с насоченост върху обучителната крива на младите лекари, както и нуждата от подобни курсове при обучението на студенти по медицина.

Материали и методи: За периода от 2013 до 2016 в Медицински Университет-Плевен бяха организирани няколко обучителни курса по ЛХ за българо- и англоговорящи студенти. Във всичките издания на курса взеха участие общо 60 студенти от 4-ти до 6-ти курс. Общата продължителност на курсовете беше два дни с първи ден - теоретична подготовка и сесия “live surgery”, втори ден - практически занятия върху виртуални и бокстренажори. До участие се допускаха максимум 10 студенти след предварително отсяване. Ефективността и влиянието на курса беше оценен чрез анонимни анкети в Google forms, включващи 17 въпроса попълнени от участниците след различен период на време от приключване на курса.

Резултати: От взелите участие в обучителните курсове студенти, 52% са мъже и 48% жени. От тях общо 43 % са се реализирали като специализанти по хирургия, като 56 % от тях са отговорили, че участието им в обучителните курсове им е помогнало при избора на специалност. 72% от участниците смятат, че след преминаването през обучителните курсове се чувстват по-уверени по време на лапароскопските операции, а 87 % смятат, че участието им в курсовете е било полезно за тях.

Дискусия: Хармонично развитие на съвременните хирурзи е свързано с овладяване на конвенционалната хирургия, паралелно с това и на всички постижения на ЛХ. Това изисква правилен обучителен подход, който да осигури по-лесна обучителна крива за младите лекари. От нашите резултати е видно, че 72% са се чувствали уверени и подготвени за ЛХ след участието си в обучителните курсове.

Извод: Започване на обучителната крива по ЛХ в студентските години чрез допълнителен курс е ефективен и нужен подход за бързото и хармонично израстване на младите хирурзи.

Ключови думи: лапароскопска хирургия, обучение

Вѣведение: През последните десетилетия лапароскопската хирургия (ЛХ) се превърна в стандарт при лечението на редица заболявания, за други е все по-често срещана алтернатива на отворената хирургия и е все повече предпочитана от пациентите [1-4]. Много проучвания показват осъществимостта и безопасността на този подход и неговото превъзходство по отношение на постоперативна болка, период на хоспитализация, интраоперативна кръвозагуба, козметичен ефект и качество на живот [5]. Все по-широкото приложение на тази техника води и до нужда от специфично обучение. Благодарение на симулационните модели и тренажори е възможно обучение по лапароскопска хирургия извън операционната зала. По този начин се избягва обучението на младите хирурзи върху пациенти и се осигурява максимална безопасност за пациентите съчетана с висококачествено изпълнение на процедурите [6-9]. Съвременните тенденции в медицинското образование ускоряват процеса на обучение чрез основи поставени още в студентските години на бъдещи специализанти по хирургия. Понастоящем се използва обучение на бокс тренажори, трупове, анестезирани животни, виртуални тренажори с 2D и 3D монитори, както и нови тенденции имплициращи виртуална

реалност. Резултатите са пряко свързани с начина на преподаване и наличието на ментори, което налага някои ограничения. Нов начин за решаване на този проблем е използването на телемедицината [10,11]. В България липсва редовно реално обучение по минимално инвазивна хирургия за студенти и млади лекари специализиращи хирургични специалности. Предлагат се само специализирани курсове, които не са задължителни в модулното обучение.

Цел: Целта ни е да оценим влиянието и ефективността на извънучебни курсове по лапароскопска хирургия за студенти по медицина с насоченост върху обучителната крива на младите лекари, както и нуждата от подобни курсове при обучението на студенти по медицина.

Материали и методи: За периода от 2013 до 2016 в Медицински Университет-Плевен бяха организирани няколко обучителни курса по ЛХ за българо- и англоговорящи студенти. Във всичките издания на курса взеха активно участие общо 60 студенти от 4-ти до 6-ти курс представители на всички медицински университети в страната. Общата продължителност на курсовете беше два дни с първи ден – а) теоретична подготовка - разделена на обща част(включваща основите на лапароскопската хирургия) и специална част(включваща най-честите лапароскопски интервенции в коремната хирургия), в която участваха лектори от цялата страна със значителен опит в областта и б) сесия “live surgery” показваща използването на преподаваните техники в реална обстановка, втори ден - практически занятия върху виртуални и бокстренажори. Бяха използвани следните упражнения с покачваща се трудност, подходящи за начинаещи хирурзи:

„Постави таблетката” - участниците трябва посредством граспер да вземат и поставят таблетка на точно определено място.

„Избери и постави“ – участниците трябва да поставят различни по големина обекти в съответни на формата им дупки.

„През пръстените“ – участниците трябва да промушат последователно игла през метални пръстени ориентирани в различни посоки.

„Закачи ластика“ – участниците трябва да разпънат ластик до определено ниво и да го закачат между две куки.

„Шиене“ – участниците трябва да прошият предмет посредством игла и конец на точно определено място.

„Завържи възела“ – участниците трябва да изпълнят интракорпорален възел.

Задачите развиват координацията око-ръка в 2D и координация между двете ръце, пространствените взаимоотношения, фините моторни движения, използване на доминантна и недоминантна ръка и др. Поради големия интерес студентите се селектираха след предварително отсяване – под внимание се взеха общия успех на студента, интерес към лапароскопската хирургия, академични постижения, мотивация за участие. Ефективността и влиянието на курса беше оценен чрез анонимни анкети в Google forms изпратена поне 1 година след приключване на обучителния курс, включващи 17 въпроса попълнени от участниците след различен период на време от приключване на курса.

Пол

Мъж

Жена

В каква специалност специализирате?

Хирургична

Нехирургична

Завърших, но не специализирам

Все още съм студент

Помогна ли Ви училището по лапароскопска и роботизирана хирургия за студенти проведено в ТЕЛЕЦ на МУ-Плевен да изберете настоящата си специалност?

Да

Не

Кой модул смятате, че е по-полезен при обучението в училището?

Бокс Тренажор

Виртуален тренажор

И Двете

Нито едното

От сегашната Ви гледна точка смятате ли, че лапароскопското училище е било полезно за Вас?

Да

Не

Беше ли проведено обучението на достъпно за Вас ниво?

От 1-слабо до 5-отлично

С достатъчна практическа насоченост ли беше обучението?

От 1-слабо до 5-отлично

Как оценявате качеството на организацията и провеждането на обучението?

От 1-слабо до 5-отлично

Как оценявате качеството на преподаване в лекционната част?

От 1-слабо до 5-отлично

Как оценявате качеството на преподаване в практическата част?

От 1-слабо до 5-отлично

Постигнати ли са целите на обучението така, както Вие очаквахте?

От 1-слабо до 5-отлично

Извършват ли се лапароскопски операции в отделението където работите?

Да

Не

Все още не работя

Участвате ли в лапароскопски операции?

Да

Не

Като какъв участвате в лапароскопски операции?

Самостоятел

1-ви асистент

Не съм участвал

Как бихте оценили участието си в първите лапароскопски операции?

От 1-слабо до 5-отлично

До каква степен се чувствате сигурен в лапароскопските операции?

От 1-слабо до 5-отлично

Познавахте ли инструментариума при участие в лапароскопски операции?

От 1-слабо до 5-отлично

Резултати: По време на периода на проучването 60 студенти взеха участие в обучителните курсове. От тях 55 (91.7%) попълниха анонимна анкета, изпратена на електронните им пощи. От попълнените анкетата 52% са мъже и 48% жени.

От тях общо 43 % в момента на анкетиране са се реализирали като специалисти по хирургия (Fig.1), като 56 % от тях са отговорили, че участието им в обучителния курс им е помогнало при избора на специалност (Fig.2).

47,8% от участниците работят в отделения, където се извършват лапароскопски операции. 69.6% са участвали в лапароскопски операции. 72,2% са отговорили с «много добре» или «отлично» относно това дали са се чувствали сигурни в първите си лапароскопски операции (Fig.3). 88,9% са познавали много добре или отлично инструментариума при първото си участие в лапароскопски операции. 72% от участниците смятат, че след преминаването през обучителните курсове се чувстват по-уверени по време на лапароскопските операции, а 87 % смятат, че участието им в курсовете е било полезно за тях. 95,7% са отговорили с „много добре“ или „отлично“ на въпроса „Беше ли проведено обучението на достъпно за Вас ниво?“. Мнозинството от тях смятат, че и двата модула в практическото обучение са били еднакво полезни (60,9%). Според 65.2% напълно са постигнати целите на обучението (Fig.4).

Дискусия: Хармонично развитие на съвременните хирурзи е свързано с овладяване на конвенционалната хирургия, паралелно с това и на всички постижения на ЛХ. Това изисква

правилен обучителен подход, който да осигури по-лесна обучителна крива за младите лекари. В днешни дни съществува консенсус между експертите, че посредством тренажори и компютърно-базиран симулатори с виртуална реалност могат да преподават и усвояват основни лапароскопски умения, което позволява на начинаещите хирурзи да напредват в началната част на обучителната си крива [12,13]. Сред предимствата на симулацията при хирургичното обучение са възможността да се греша без последствия за пациент и възможността за «учене от грешките си». Въпреки това обратна връзка от ръководител е нужна за постигане на по-добри резултати и избягване на заучаване на грешни модели [14-17]. Проучванията показват, че основните лапароскопски знания и умения на специалистите по хирургия са се подобрили с течение на времето, което вероятно се дължи на повишена честота на лапароскопските интервенции, повишено използване на тренажори от студенти, повишена експозиция на студентите на лапароскопии по време на академичното им обучение [18,19]. Установени са данни за това, че използването на конзоли за видео игри може да подобри лапароскопските умения [20,21]. От нашите резултати е видно, че 72% са се чувствали уверени и подготвени за ЛХ след участието си в обучителните курсове и мнозинството от участниците смятат, че този курс им е бил полезен и са удовлетворени от начина му на протичане.

В заключение, започване на обучителната крива по ЛХ в студентските години чрез допълнителен курс е ефективен и нужен подход за бързото и хармонично израстване на младите хирурзи. Необходимо е въвеждането на дисциплина по изучаване на ЛХ в редовното обучение по медицина за тези студенти, които имат желание да се занимават с хирургия.

Ключови думи: лапароскопска хирургия, обучение, студенти

Библиография:

1. Chung R, Pham Q, Wojtasik L, Chari V, Chen P (2003) The laparoscopic experience of surgical graduates in the United States. *Surg Endosc* 17:1792–1795
2. Schoetz DJ (2006) Evolving practice patterns in colon and rectal surgery. *J Am Coll Surg* 203:322–327
3. Eckert M, Cuadrado D, Steele S, Brown T, Beekley A, Martin M (2010) The changing face of the general surgeon: national and local trends in resident operative experience. *Am J Surg* 199: 652–656
4. Takacs P, Chakhtoura N (2006) Laparotomy to laparoscopy: changing trends in the surgical management of ectopic pregnancy in a tertiary care teaching hospital. *J Minim Invasive Gynecol* 13:175–177
5. Mentored trainees obtain comparable operative results to experts in complex laparoscopic colorectal surgery. Costantino F, Mutter D, D'Agostino J, Dente M, Leroy J, Wu Sh H, Marescaux J. *Int J Colorectal Dis* (2012) 27:65–69
6. Banks EH et al (2007) Does a surgical simulator improve resident operative performance of laparoscopic tubal ligation? *Am J Obstet Gynecol* 197(5):541.e1-5
7. Ahlberg G et al (2007) Proficiency-based virtual reality training significantly reduces the error rate for residents during their first 10 laparoscopic cholecystectomies. *Am J Surg* 193(6):797–804
8. Andreatta PB et al (2006) Laparoscopic skills are improved with LapMentor training: results of a randomized, double-blinded study. *Ann Surg* 243(6):854–860
9. Seymour NE et al (2002) Virtual reality training improves operating room performance: results of a randomized, doubleblinded study. *Ann Surg* 236(4):458–463
10. Sereno S, Mutter D, Dallemagne B, Smith CD, Marescaux J (2007) Telementoring for minimally invasive surgical training by wireless robot. *Surg Innov* 14:184–191
11. Anvari M (2007) Telesurgery: remote knowledge translation in clinical surgery. *World J Surg* 31:1545–1550
12. Scott DJ, Bergen PC, Rege RV, Laycock R, Tesfay ST, Valentine RJ, et al. (2000) Laparoscopic training on bench models: Better and more cost effective than operating room experience? *J Am Coll Surg* 191:272–283
13. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien MK, Bansal VK, Andersen DK, et al. (2002) Virtual reality training improves operating room performance: Results of a randomized, doubleblinded study. *Ann Surg* 236:458–463
14. Botden SM, Jakimowicz JJ (2009) What is going on in augmented reality simulation in laparoscopic surgery? *Surg Endosc* 23(8):1693–1700
15. Fried GM et al (2004) Proving the value of simulation in laparoscopic surgery. *Ann Surg* 240(3):518–525
16. Lamata P et al (2006) Conceptual framework for laparoscopic VR simulators. *IEEE Comput Graph Appl* 26(6):69–79
17. Szekely G et al (1999) Virtual reality based surgery simulation for endoscopic gynaecology. *Stud Health Technol Inform* 62: 351–357
18. Eckert M, Cuadrado D, Steele S, Brown T, Beekley A, Martin M (2010) The changing face of the general surgeon: national and local trends in resident operative experience. *Am J Surg* 199: 652–656
19. Bradley P (2006) The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ* 40:254–262
20. Naylor RA, Hollett LA, Castellvi A, Valentine RJ, Scott DJ (2010) Preparing medical students to enter surgery residencies. *Am J Surg* 199:105–109

49. ОЦЕНКА НА ХИРУРГИЧНИЯ РИСК – МЕТОДИКА И ТОЧКОВИ СИСТЕМИ

Пенчо Тончев

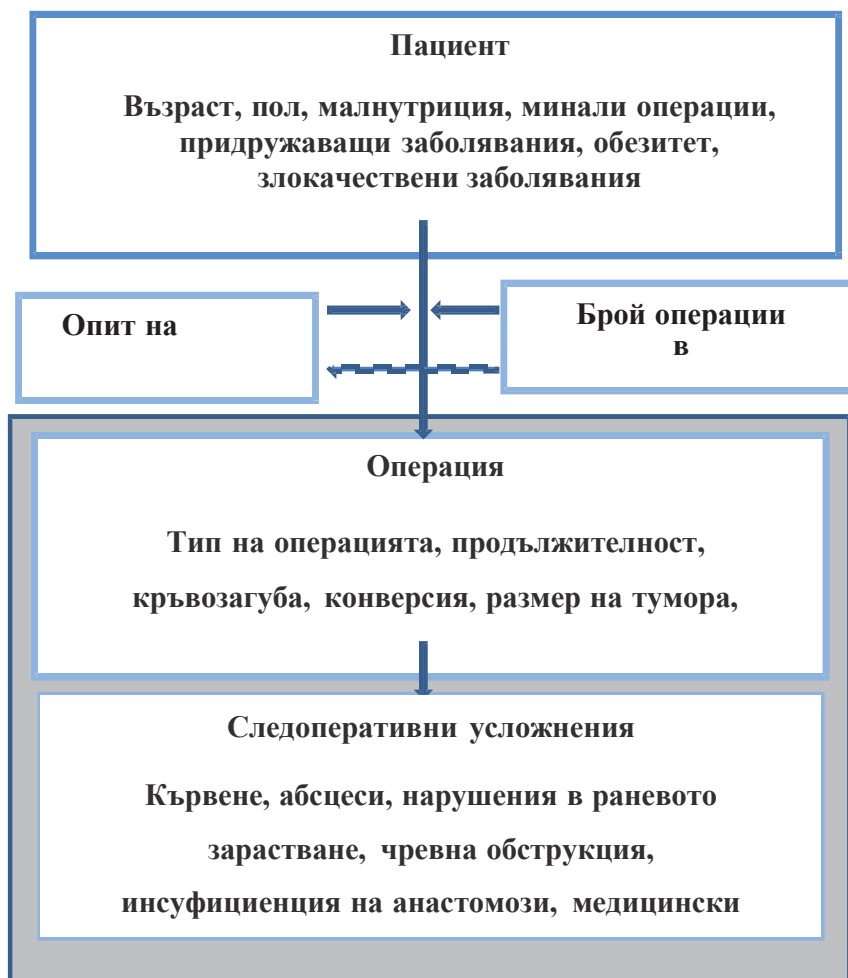
Оценката на риска от неблагоприятни последствия след операция обичайно включва оценка на морталитет, морбидитет, продължителност на престоя в интензивно отделение и общоболничния престой. При изграждането на подобни системи се анализира извадка, която служи за изграждане на модели, включващи значимите фактори. Моделите после се тестват (проверяват) върху други данни или върху другата половина на извадката.

Целта на настоящето ревю е да представи най-популярните точкови скали за оценка на риска, като сравни значимите фактори и акцентира на детайлите по получаването им, както и на начините за калибровка и валидиране на точковите системи.

Методи: Анализ на литература –при търсене по ключови думи в PUBMED бяха открити ... статии. Най-цитираните и използвани скали бяха разгледани в детайли.

Резултати: Включени са скалите : ACPGBI CRC Model, ACPGBI MLBO Model, ACPGBI Node Harvesting Model, St Mark's Node Positivity Mode, Cleveland Clinic Lap Conversion Model, Cleveland Clinic Pouch Failure Model, CR-POSSUM, P-POSSUM, o-POSSUM, Vascular-POSSUM Models, Length of Stay Model, Nottingham Hip Fracture Score ,ASC NSQUIP, NCEPOD sort

Адекватната стратификация и оценяване на риска е от съществено значение за подпомагане на клиничната практика. Оценките могат да се появят в различни точки от целия път на пациента през системата на здравеопазването и могат да бъдат групирани в три етапа, свързани с операцията.



Фигура 1. Рискови фактори

Принципно изолирането на рисковите фактори и създаването на скали за оценка на риска следва добре познат алгоритъм

1. От големи бази данни, включващи детайлни записи относно заболяването и статуса на пациентите, както и детайли за оперативните интервенции и следоперативния период се натрупват данни за статистическа обработка и анализ.
2. Обикновено се анализира риска от смърт, усложнения, групирани по различен начин, както и продължителността на болничния престой или дните в реанимация.
3. С мултифакторен статистически анализ се откриват значимите рискови фактори и се разработва регресионен модел.
4. Коефициентите в модела могат да бъдат точкувани цели числа и да се създаде точкова скала за оценяване на риска.
5. Модела се проверява с част от наличните данни или с данни от друг източник.

Съществува голямо разнообразие на системи за оценка на риска, изведени от различни популации от пациенти за различни цели, и всяка има своите ограничения. Фокусирахме се върху точкови системи, които са подходящи за пациенти, подложени на гастроинтестинална операция.

Разгледахме скалите за оценка на риска от оперативната интервенция: NSQIP, ASC NSQIP, POSSUM, E-PASS, SRS, , ACPGBI CRC Model, ACPGBI MLBO Model, NCEPOD SORT

Най-често срещаните и анализирани рисков фактори са дадени в долната таблица.

Таблица 1. Общи рискови фактори за различните скали

фактори	NSQIP	ASC NSQIP	SRS	E-PASS	POSSUM	ACPGBI CRC	ACPGBI MLBO	NCEPOD SORT
албумин	+							
ASA клас	+	+	+	+		+	+	+
Сложност на операцията	+		+	+	+			+
Спешна операция	+	+	+		+	+	+	+
Функционален статус	+	+		+				
ХОББ	+	+		+	+			
Урея > 6,5	+				+			
Възраст	+	+		+	+	+	+	+
Левкоцити > 11000	+	+						
Сърдечна недостатъчност		+		+	+			
Диабет				+	+			
Рак		+			+	+	+	+
Кръвозагуба				+	+			
Продължителност на операцията				+				

Най-съществени са следните рискови фактори: АСА, рак с метастази, операция по спешност, възраст, функционален статус

NSQIP

В САЩ е проведено проучване на операциите в болниците за ветерани, като се включват повече от 400 000 операции извършени от 1991 до 1997 год. –т. нар NSQIP. Те изолират основните фактори, влияещи на резултатите – смъртност и усложнения. Както следва по важност са: албумин, АСА, рак с метастази, операция по спешност, урея > 6,5, възраст, диспнея (ХОББ), функционален статус (за усложнения вместо диспнея – прелята кръв), за коремни операции – асцит + протромбиново време.(1). Въвеждането на тази програма е подобрило качеството в болниците за ветерани. Програмата е адаптирана и променена от Американския колеж на хирурзите и проучва повече от 500 болници в т нар ACS NSQIP. Оригиналната програма NSQIP сега се нарича VASQIP

ACS NSQIP

Точковата скала и калкулатор на Американския колеж на хирурзите е разширяване и допълване на проучването на NSQIP (The American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS NSQIP) Национална програма за подобряване на качеството на хирургията на американския колеж на хирурзите.).(2) Ще представим накратко калкулатора на ACS NSQIP

Тя включва събиране и обработка на данните от 393 болници в САЩ, за оперираните от всички хирургични субспециалности (обща хирургия, гинекология, неврохирургия, ортопедия, УНГ, съдова хирургия) от 2009 до средата на 2012 година- общо 1,414,006 болни, проследени за 30 дни след операцията. (3)Разработеният калкулатор анализира 1557 CPT(current procedural codes- уникални кодове на процедури) Той включва 21 фактора(таблица 2) и изчислява риска от 8 усложнения в ранния следоперативен период.(смъртност, обща заболяемост за усложнения, пневмония, сърдечни усложнения, раневи инфекции, уринарни инфекции, дълбока венозна тромбоза, бъбречна недостатъчност. Калкулатора изчислява риска като се въвежда кода на хирургичната процедура, но не взема предвид специфичните индикации, които са твърде различни при различните хирургични процедури. Въпреки това калкулираните рискове са отлично съгласувани с рисковете изчислени от специфични модели –например за холецистектомия или колоректална хирургия.

Таблица 2 Рисков фактори в ACS NSQIP модела (3)

1. Age group	8. System sepsis within 48 h preoperatively	15. Dyspnea
2. Sex	9. Ventilator dependent	16. Current smoker within 1 y
3. Functional status	10. Disseminated cancer	17. History of COPD
4. Emergency case	11. Diabetes	18. Dialysis
5. ASA class	12. Hypertension requiring medication	19. Acute renal failure
6. Steroid use for chronic condition	13. Previous cardiac event	20. BMI class
7. Ascites within 30 d preoperatively	14. Congestive heart failure in 30 d preoperatively	21. CPT-specific linear risk

Enter Patient and Surgical Information

i Procedure

44140 - Colectomy, partial; with anastomosis

Clear

Begin by entering the procedure name or CPT code. One or more procedures will appear below the procedure box. You will need to click on the desired procedure to properly select it. You may also search using two words (or two partial words) by placing a '+' in between, for example: "cholecystectomy + cholangiography"

Reset All Selections

i Are there other potential appropriate treatment options? Other Surgical Options Other Non-operative options None

Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates.
A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.

Age Group

65-74 years

Sex

Male

Functional Status

Independent

Emergency Case

No

ASA Class

Mild systemic disease

Steroid use for chronic condition

No

Ascites within 30 days prior to surgery

No

Systemic Sepsis within 48 hours prior to surgery

None

Ventilator Dependent

No

Disseminated Cancer

No

Diabetes

No

Hypertension requiring medication

Yes

Congestive Heart Failure in 30 days prior to surgery

No

Dyspnea

No

Current Smoker within 1 Year

Yes

History of Severe COPD

No

Dialysis

No

Acute Renal Failure

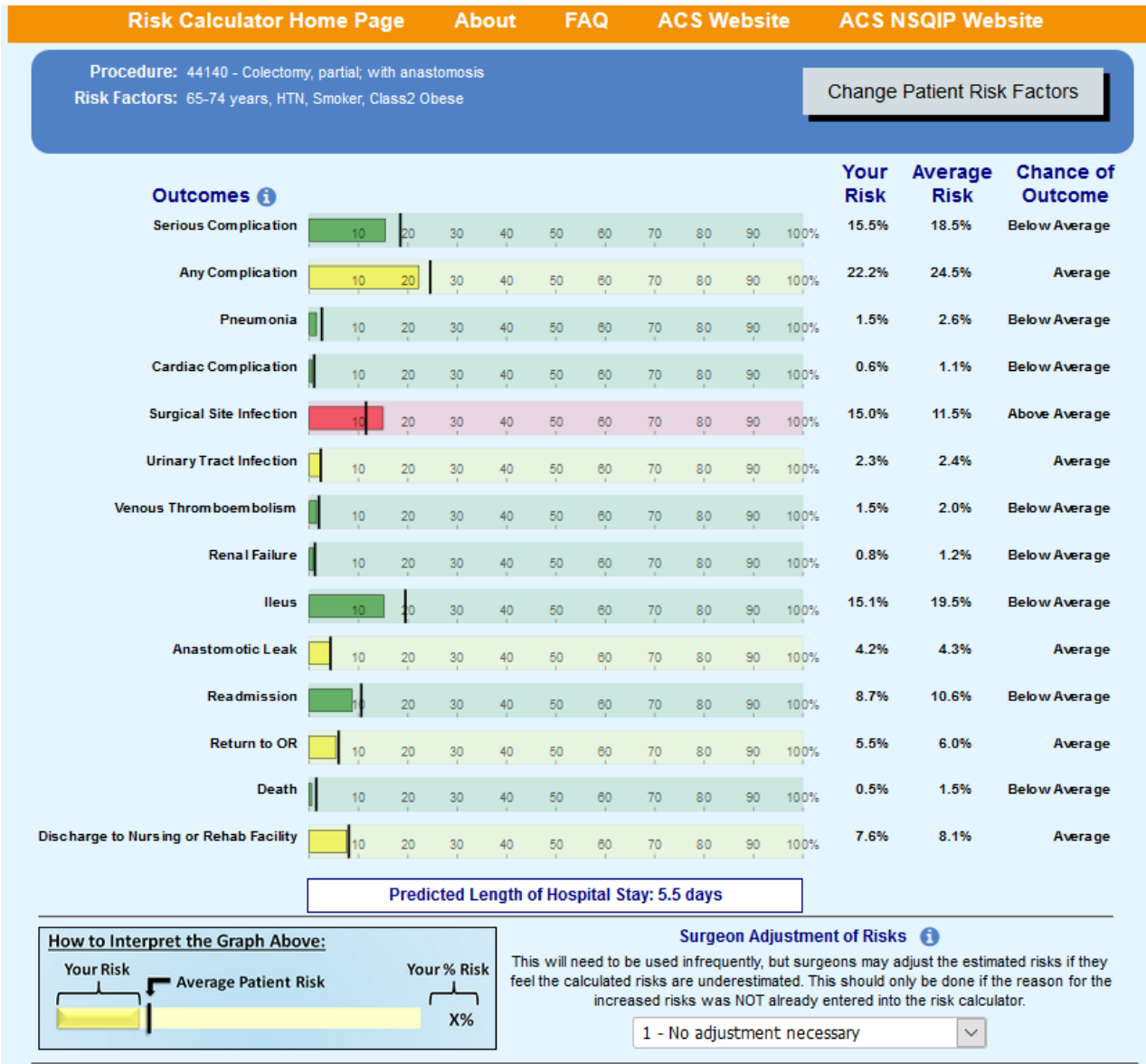
No

BMI Calculation:

Height: 69 in / 175 cm

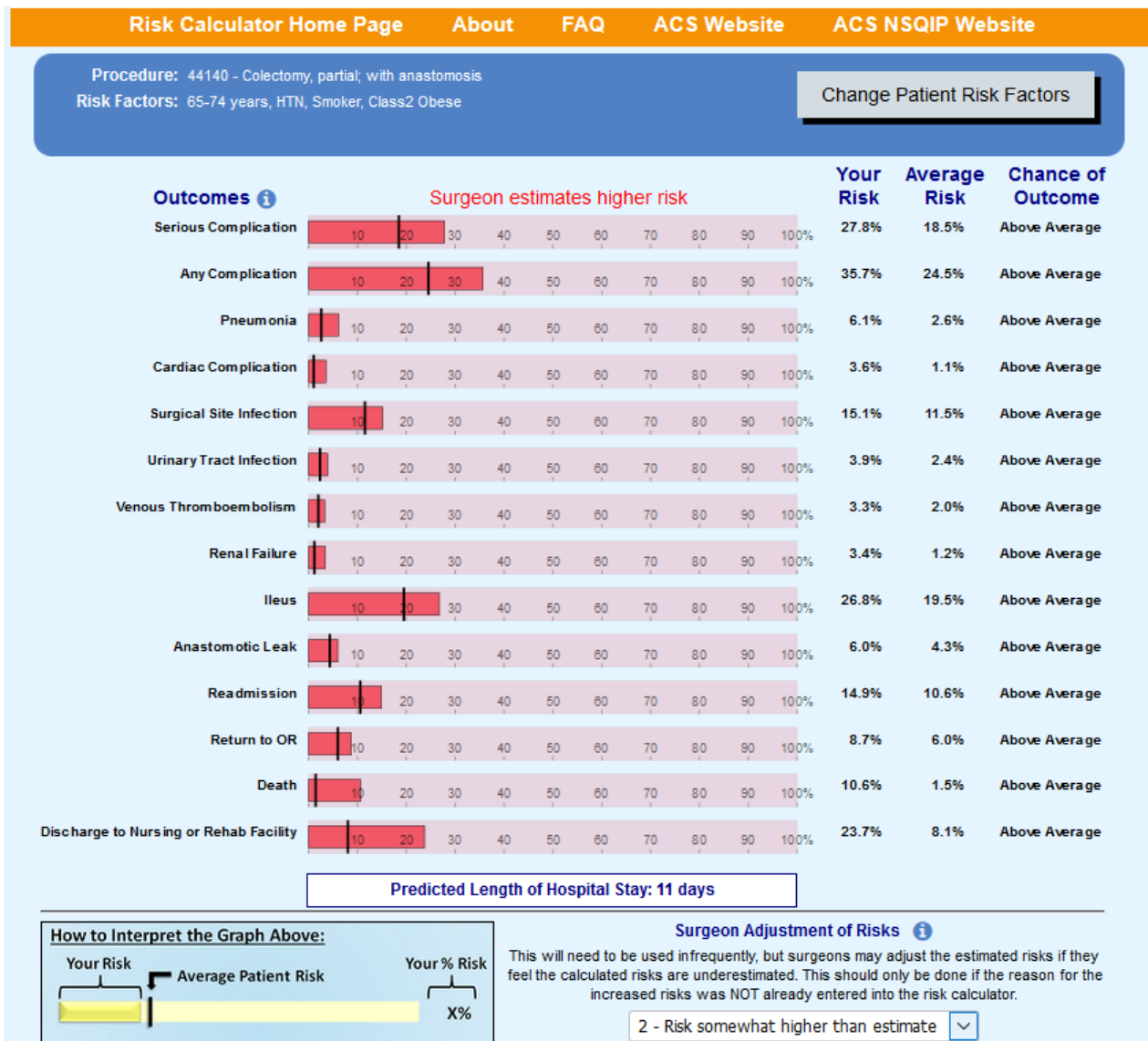
Weight: 250 lb / 113 kg

Фигура 2 – Рискови фактори свързани с пациента и операцията
(<http://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/PatientInfo.jsp>)



Фигура 3 Калкулиран риск от усложнения и продължителност на болничния престой. (<http://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/Outcome.jsp>)

Въведена е и възможност хирурга да „настрои“ оценката за риска, като вземе предвид допълнителни рискови фактори не включени в модела. Избора на хирурга определя увеличаване на риска с ± 2 или с ± 3 стандартни отклонения за съответната процедура.



Фигура 4 Калкулиран риск от усложнения и продължителност на болничния престой, след настройване на по-висок риск от хирурга ± 2 стандартни отклонения-вижда се значителното увеличаване на риска от смърт -10% от около 0.5% във фиг 3. (<http://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/Outcome.jsp>)

POSSUM = Физиологична и Оперативна Скала на Тежеста за Отчитане на Смъртност и Болестност

Тази система е разработена във Великобритания по следния начин:

Отначало са прегледани 62 индивидуални фактора (48 предоперативни и 14 постоперативни) с ретроспективен дискриминантен анализ за да се редуцира броя променливи. Само значимите независими фактори са включени в крайния дизайн на скалата. Коэффициентите са били разделени на константа и закръглени до най-близкото цяло число от експоненциална скала 1-2-4-8

Така е разработена 12 факторна 4 степенна физиологична скала от следните показатели: Възраст, Сърдечни симптоми, ХОББ, Кръвно налягане, Пулс, Glasgow coma scale, Наемoglobin, Левкоцити, Urea, Na, K, ЕКГ. (4)

Таблица 3А POSSUM физиологична скала и точкуване

	Physiology score			
	1	2	4	8
Age (years)	< 60	61–70	> 71	
Cardiac signs*	Normal	Cardiac drugs or steroids	Oedema, warfarin, borderline cardiomegaly	Raised JVP, cardiomegaly
Respiratory signs*	Normal	Shortness of breath on exertion, mild COPD	Short of breath on stairs, moderate COPD	Short of breath at rest, any other
Systolic blood pressure (mmHg)	110–129	130–170 or 100–109	> 170 or 90–99	< 90
Pulse rate (per min)	50–80	81–100 or 40–49	101–120	> 120 or < 40
Glasgow Coma Score	15	12–14	9–11	< 9
Serum urea (mmol/l)	< 7.5	7.5–10.0	10.1–15.0	> 15.0
Serum sodium (mmol/l)	> 136	131–135	126–130	< 126
Serum potassium (mmol/l)	3.5–5.0	3.1–3.4 or 5.1–5.3	2.9–3.1 or 5.4–5.9	< 2.9 or > 5.9
Haemoglobin (g/l)	13.0–16.0	11.5–12.9 or 16.1–17.0	10.0–11.4 or 17.1–18.0	< 10.0 or > 18.0
White cell count ($\times 10^9/l$)	4.0–10.0	10.1–20.0 or 3.1–3.9	> 20.0 or < 3.1	
Electrocardiogram	Normal		Atrial fibrillation (60–90 min)	Any other

*On chest radiography. JVP, jugular venous pressure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

Въпреки, че тази предоперативна скала постига добри статистически резултати, предсказвайки риска от усложнения и смърт като цяло, има вътрегрупова вариабилност, зависеща от типа на хирургичната процедура. (4,5)

С логистична регресия е била създадена 6 факторна скала за тежест на оперативната интервенция.

Таблица 3Б. POSSUM скала за тежест на оперативната интервенция

точки	1	2	4	8
Тежест на операцият	Малка	Средна	Голяма	Много голяма
Брой операции	1		2	> 2
Обща кръвозагу (ml)	< 100	101-500	501-999	> или = 1000
Перитонеа засягане	Няма	малко – серозна течност	локално гной	свободно чревно съдържимо, гной или кръв
Малигнен заболяван	Няма	Само първич	Лимфни мета	далечни мета
Тип на хирургият	Планова		Спешна - ресусцитация операция < 24 приема	Спешна - ресусцитация операция < 2ч приема

- при сума от 10 - 21 риска от усложнения е 50 % и от смърт 10%
- при сума 21 - 35 - риска от усложнения е 90 % и от смърт 50 % (4,5)

E-PASS = Оценка на физиологичните способности и хирургичния стрес (Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress (E-PASS))

Японските автори изчисляват Общ рисков индекс от 2 компонента - Предоперативен рисков индекс (PRS) и Индекс на хирургичния стрес (SSS) (6)

Таблица 4. E-PASS скала за риска

1. Предоперативен рисков индекс (PRS)
<p>1. PRS = -0.0686 + 0.00345X1 + 0.323X2 + 0.205X3 + 0.153X4 + 0.148X5 + 0.0666X6</p> <p>X1- възраст;</p> <p>X2-наличие (1) или липса (0) на тежко сърдечно заболяване; (NYHA class 3 or 4, или тежка аритмия, нуждаеща се от механична поддръжка) X3- наличие (1) или липса (0) на тежко белодробно заболяване; (такова с витален капацитет < 60% и /или ФЕО₁ < 50%)</p> <p>X4-наличие(1) или липса (0) на диабет;</p> <p>X5-performance status index (0–4); (индекс на общото състояние-</p> <p>Grade 0, състояние без симптоми, които не ограничават социалната активност</p> <p>Grade 1, състояние с леки симптоми които ограничават мускулната работа, но не ограничават ходенето или леките натоварвания</p> <p>Grade 2, състояние което изисква известна помощ за всекидневния живот, но не ограничава ходенето или леките натоварвания ; Grade 2 болните не са в леглото за повече от половината ден</p> <p>Grade 3, състояние което изисква честа помощ за всекидневния живот grade 3 болните са в леглото за повече от половината ден</p> <p>Grade 4, състояние което изисква непрестанна помощ. Болните са в леглото по цял ден</p> <p>X6-ASA -American Society of Anesthesiologists physiological status classification (1–5)</p>
2. Индекс на хирургичния стрес(SSS)
<p>2. SSS = -0.342 + 0.0139X1 + 0.0392X2 + 0.352X3</p> <p>X1, кръвозагуба/телесно тегло (g/kg);</p> <p>X2, операционно време (h);</p> <p>X3, големина на разреза :</p> <p>0: малки инцизии за лапароскопска или торакоскопска хирургия</p> <p>1: лапаротомия или торакотомия потделно; 2:</p> <p>Лапаротомия и торакотомия заедно</p>
3. CRS = -0.328 + 0.936 (PRS) + 0.976 (SSS)

SRS surgical risk scale. Скала за хирургичен риск

Това е проспективно проучване на 4308 пациента, лекувани от трима хирурзи между май 1997 г. и октомври 1999 г., създавайки първоначален набор от 3144 процедури с 134 смъртни случая. На всяка процедура е определена оценка въз основа на оценките CEPOD, BUPA и ASA. Скалата за хирургичен риск (SRS) е разработена чрез събиране на стойностите на трите променливи, които генерират скала, варираща от 3 до 14. Многовариантен логистичен регресионен анализ включващ трите променливи и единен анализ на резултата на SRS. Този процес е валидиран на друг набор от данни (2780 пациенти), получени от всички операции на същите хирурзи между ноември 1999 г. и декември 2000 г.

Скалата за хирургичен риск (SRS) се състои от 3 части:

Таблица 5. Скала за хирургичен риск (5)

CEPOD (Confidential Enquiry into Perioperative Deaths)

тип на операцията-по отношение на спешност

Планови : Редовно планиран неспешен случай-варици	1
или херния	2
Назначени: Резервиран прием например рак на	
колона или аневризма на коремна аорта	3
Неотложни Изискващи операция от 24-48 час от	
приема напр. дбелочревен илеус	4
Спешни: Случаи изискващи незабавна намеса например	

BUPA (British United Provident Association) Британско Обединение на здравните осигурители -тежест на операцията

Малка: премахване на атером, кожни лезии, езофагогастроскопия	1
Средна: -Едностранна варикоза, едностранна херния, колоноскопия	2
Голяма: Апендектомия, отворена холецистектомия	3
Голяма плюс: Гастректомия, всяка колектомия, лапароскопска холецистектомия	5
Комплексна голяма: Каротидна ендартеректомия, протезиране при аневризма на коремна аорта, предна резекция, езофагектомия	5

ASA (American Society of Anesthesiologists)

I	Няма системно заболяване	1
II	Леко системно заболяване	2
III	Системно заболяване влияещо на активността	3
IV	Сериозно, но не терминално състояние	4
V	Морибунден болен, не се очаква да оцелее	

ACPGBI CRC Model

Рисков Модел на Колоректален рак на Коло-Проктологичната Асоциация на Великобритания и Ирландия. ACPGBI CRC Model (Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) Colorectal Cancer Model,)

Данните са събрани от 73 болници за 12 месечен период и анализират 8077 пациента. С логистична регресия са открити факторите повлияващи смъртността, а после с мултифакторна логистична регресия са изградени модели, включващи няколко фактора. Използвайки коефициентите от регресията на всеки фактор са присвоени точки , позволяващи просто сумиране и получаване на общ брой точки и предсказване на смъртността

Таблица 6 Фактори, точки и смъртност при ACPGBI CRC

	Risk factor	Score	ACPGBI colorectal cancer score	Predicted mortality %
Age group	<65	0	0	0.8
	65-74	0.7	0.1-0.4	0.9-1.1
	75-84	1.1	0.5-0.8	1.3-1.7
	85-84	1.3	0.9-1.2	1.9-2.5
	95 □	2.6	1.3-1.6	2.8-3.7
Cancer resected	ASA * I	0	1.7-2.0	4.1-5.4
	ASA II	0.8	2.1-2.4	6.0-7.9
	ASA III	1.6	2.5-2.8	8.6-11.3
	ASA IV-V	2.5	2.9-3.2	12.3-16.0
Cancer not resected	ASA I	1.7	3.3-3.6	17.4-22.1
	ASA II	1.8	3.7-4.0	23.9-29.8
	ASA III	2.1	4.1-4.4	31.9-38.7
	ASA IV-V	2.4	4.5-4.8	41.1-48.5
Cancer staging	Dukes's A	0	4.9-5.2	51.0-58.4
	Dukes's B	0	5.3-5.6	60.8-67.7
	Dukes's C	0.2	5.7-6.0	69.9-75.8
	Dukes's D or any metastases	0.6	6.1-6.4	77.6-82.4
Operative urgency	Elective	0	6.5-6.8	83.8-87.4
	Urgent	0.8		
	Emergency	1.1		

Около 60% от пациентите са анализирани за получаване на модела. Останалите 40% са използвани за проверка на предсказващата му стойност. ACPGBI CRC има много добра предсказваща

стойност. Така наречената „площ под ROC (receiver-operator curve) кривата” е равна на 0.775. Това число описва така наречената дискриминантна способност на модела- 1 –означава 100% вярно предсказани положителни и отрицателни „изходи“ 0.5 модела е еднакъв със случайното разпределение на изходите-тоест на предсказва нищо..

ACPGBI MLBO

ACPGBI MLBO Model, Рисков Модел на Злокачественат дебелочревна обструкция на Коло-Проктологичната Асоциация на Великобритания и Ирландия.

Анализирани са 1046 пациента от 148 болници в за едногодишен период оперирани с малигнена обструкция на дебелото черво. Използван е Байесова логистична регресия за предсказване на смъртността. Като основни фактори са определени възрастовата група, ASA рисковата група, Стадия на рака и спешността на оперативната намеса. Около една трета от пациентите са използвани за проверка на модела и определяне на дискриминационната му способност. ACPGBI MLBO има много добра предсказваща стойност Така наречената „площ под ROC (receiver-operator curve) кривата” е равна на 0.801.

Parameters	
Age Group	65 - 74 yrs old ▾
ASA Status	ASA II ▾
Cancer Staging	Dukes' C ▾
Operative Urgency	Urgent ▾

ACPGBI MBO Score	Mortality (%)
2.813	6.4

Фигура 5 Онлайн калкулатор на ACPGBI MLBO (<http://www.riskprediction.org.uk/index-mbo.php>)

NCEPOD SORT

NCEPOD SORT National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death(NCEPOD) Surgical Outcome Risk Tool (SORT) Национално поверително разследване на резултатите и смъртта на пациентите. Инструмент за оценка на хирургичния риск

Бяха анализирани данните за 16 788 пациенти (11 219 за изграждане на модела и за валидиране 5569)(9). Първоначално са включени 45 рискови фактора и след при многократни регресионни анализи остава модел, включващ шест променливи:

1. (ASA-PS) клас,
2. Спешност на операцията(планова, спешна, неотложна),
3. хирургична специализация (стомашно-чревна, гръдна, съдова),
4. хирургична тежест (от малка до голяма комплексна)
5. рак
6. възраст 65 или повече години.

Валидираща кохорта показва, че SORT е добре калибрирана и демонстрира по-добра дискриминация от ASA и SRS (скала за хирургически риск); Площите под кривата ROC са 0,91 , 0,87 и 0,88 съответно (9)

Surgical Outcome Risk Tool (SORT)

Main Group

Abdomen (excluding urinary and reproductive organs)

Sub Group

Large intestine

Procedure Description

Excision of sigmoid colon

Severity ?

Minor Intermediate Major Xmajor/complex

ASA-PS ?

1 2 3 4 5

Urgency

Elective Expedited Urgent Immediate

Thoracics, gastrointestinal or vascular surgery

Yes No

Cancer ?

Age

Yes No <65 65-79 >80

Reset Form

Calculate Risk

Risk : 0.79%

Фигура 6 NCEPOD SORT калкулатор (<http://www.sortsurgery.com/article.php?newsid=46>)

Обобщение:

Когато се изработва скала за оценка на риска при хирургичните операции, за сравнителна оценка на хирургията, тя освен точна, трябва да бъде бърза и лесна за използване до леглото на болния. Променливите трябва да са малко на брой и да са налични за всеки пациент, независимо от операцията; да са общи за различните здравни системи и да не оставят място за субективна оценка. Индекса трябва да се изчислява лесно от събраните данни.

Предсказването на риска при хирургичните операции предполага проспективно анализиране на множество променливи, изградяване на модели, които следва да се валидират и калибрират. Сравняването на резултатите от дейността на определена болница, отделение или хирург с изчислените от модела рискове позволява заключения относно качеството на хирургичната дейност. В България засега липсва представително проучване, включващо резултатите от ранната следоперативна смъртност по извършени процедури, диагнози или хирургични звена. Наличието на данни в НЗОК и болничните информационни системи прави провеждането на анализи сходни с гореописаните напълно постижимо.

Литература:

1. Khuri SF et al, Risk adjustment of the postoperative mortality rate for the comparative assessment of the quality of surgical care: results of the National Veterans Affairs Surgical Risk Study. J Am Coll Surg. 1997 Oct;185(4):315-27.
2. Cohen ME, Ko CY, Bilimoria KY, Zhou L, Huffman K, Wang X, et al. Optimizing ACS NSQIP Modeling for Evaluation of Surgical Quality and Risk: Patient Risk Adjustment, Procedure Mix Adjustment, Shrinkage Adjustment, and Surgical Focus. J Am Coll Surg 2013 Aug;217(2):336-346.e1.
3. Bilimoria KY, Liu Y, Paruch JL, Zhou L, Kmieciak TE, Ko CY, et al. Development and evaluation of the universal ACS NSQIP surgical risk calculator: a decision aid and informed consent tool for patients and surgeons. J Am Coll Surg. 2013 Nov;217(5):833-42-3.
4. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. Br J Surg 1991; 78: 355±60.
5. Brooks MJ, Comparison of Surgical Risk Score, POSSUM and p-POSSUM in higher-risk surgical patients. Br J Surg. 2005 Oct;92(10):1288-92.
6. Haga Y, Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress (E-PASS) as a new prediction scoring system for

- postoperative morbidity and mortality following elective gastrointestinal surgery. *Surg Today*. 1999;29(3):219-25
7. Tekkis Paris P, Poloniecki Jan D, Thompson Michael R, Stamatakis Jeffrey D. Operative mortality in colorectal cancer: prospective national study *BMJ* 2003; 327 :1196
8. Tekkis PP, Kinsman R, Thompson MR, Stamatakis JD, the Association of Coloproctology of Great Britain, Ireland. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland Study of Large Bowel Obstruction Caused by Colorectal Cancer. *Annals of Surgery*. 2004;240(1):76-81..
9. Protopapa KL, Simpson JC, Smith NCE, Moonesinghe SR. Development and validation of the Surgical Outcome Risk Tool (SORT). *Br J Surg* 2014. **101**: 1774-1783.

50. КОМПЛИКАЦИИ ПРИ ТАЗОБЕДРЕНО ЕНДОПРОТЕЗИРАНЕ

Хр. Гигов, М. Ковачев, В.Ковачев, К. Костадинов

Клиника по ортопедия и травматология МУ –Плевен

Динамичното развитие на съвременната ортопедия и имплантология доведе до увеличаване на броя на оперативните интервенции свързани с ендопротезиране на тазобедрената става. Първичното и ревизионното тазобедрено ендопротезиране са насочени към възстановяване на функцията на засегнатата става с което се цели бързото и оптимално ресоциализиране на пациентите както и превенция на компликациите съпътстващи тази тежка патология. Въведеният в клиничната практика и стриктно спазван от нас периоперативен алгоритъм на поведение е в основата на добрите клинични резултати но въпреки това компликациите са съпътстваща част при лечението на тези пациенти.

Предоперативният алгоритъм включва:

- Клинична оценка на пациентите-соматичен статус, общо и локално състояние, наличие на придружаващи заболявания определящи степента на оперативния риск
- Образни изследвания-Рентгенологични изследвания, КАТ изследвания и 3D реконструкции, ангиографии, ЯМР изследване
- Предоперативна профилактика на дълбоката венозна тромбоза и белодробната тромбемболия с използването на нискомолекулни хепарини

Постоперативният алгоритъм включва:

- Периоперативна антибиотична терапия
- Ранна активна рехабилитация
- Постоперативна профилактика на ДВТ и БТЕ

Материал и метод:

За периода 2010-2016 г. в Клиниката по ортопедия и травматология при МУ-Плевен са извършени 1648 оперативни интервенции свързани с ендопротезиране на тазобедрената става.

Групата с първично ендопротезиране включва 1228 пациента.

Половото разпределение : М40%-Ж60%

Средната възраст на пациентите е : 58,4 г.

Групата с ревизионно ендопротезиране включва 210 пациента.

Полово разпределение: М53%-Ж47%

Средна възраст на пациентите от тази група: 63,2г

Пациенти с асептично разхлабване 134

Пациенти със септично разхлабване и наличие на дълбока инфекция 76

Пациенти с дълбока инфекция и наличие на костен ацетабуларен дефицит 26

Пациенти с дълбока инфекция и наличен костен феморален дефицит 8

Резултати:

Настоящото проучване цели представянето на възникналите ранни и късни хирургични компликации свързани с ендопротезиране на тазобедрената става.

- Съдови усложнения

Увреда на магистрални съдове сме наблюдавали при два от клиничните случаи 0.12 %.

В единият клиничен случай отстраняването на протрузиалата в малкият таз ацетабуларната компонента на фона на тежка хронична дълбока и малкотазова инфекция доведе до неконтролируема хеморагия от басейна на a.iliaca externa.

Вторият клиничен случай бе свързан с ятрогенна увреда на a.circumflexa femoris lateralis.

- Неврологични усложнения

Неврологични усложнения свързани с различна по тежест увреда на седалищният нерв сме отчели в 8 случая 0.48 %

Задният дотъп до тазобедрената става,ексцесивната елонгация на крайника над 4 см. както и мобилизирането на задната ацетабуларна стена и колона при ревизионното тазобедрено ендопротезиране създават предпоставки за травматична увреда на n.ischiadicus.

- ДВТ и БТЕ ранна и късни

Точният процент на това усложнение не само според нас е трудно установим поради обективни причини

- Инфекции

Ранни инфекции сме имали в 0,8% от клиничните случаи свързани с асоциирани заболявания от общо естество.

Късни инфекции след третият месец сме отчели в 1,1% от клиничните случаи.

- Луксация

Ранни компликации свързани с постоперативна нестабилност на ставата сме наблюдавали в 3 % от клиничните случаи.

Основната причина за това е неправилното позициониране на компонентите интраоперативно.

Въведената от нас в клиничната практика двойномобилна глава сведе този процент до 0.

Дискусия

Въпреки въведеният в световната клинична практика алгоритъм за периоперативно поведение и подобрените иновативно технологични параметри на използваните импланти компликациите са неизменна част от този тип хирургия. Ние смятаме, на базата на нашия опит, че при всеки пациент с предстояща ревизионна процедура, освен щателното клинично изследване и образна диагностика е задължително извършването на ангиографско изследване на илиачните съдове, поради променените вътретазови параметри. Интердисциплинарният подход в такива случаи е задължителен.

Книгопис

1. Андреев А, Чакалски К, Кацарова М. Възстановяване на обширни дефекти на ацетабулума с ревизионни импланти от трабекуларен метал. Ортоп. Травм. 2015,
2. Ставрев В, Карамитев С, Дичев А. Диагностика на дълбоките венозни тромбози след тотално колянно ендопротезиране чрез венография . Ортоп.Травм. 2010
3. Ставрев В, Минчев Р, Дамянов П. Фатален белодробен емболизъм след циментно тазобедрено ендопротезиране. Рапорт за три случая. Ортоп. Травм. 2010
4. Argenson JN ,Flecher X, Parratte S, Aubaniac Anatomy of the dysplastic hip and consequence for total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2007
5. Bozic KJ, Reis MD. The impact of infection after total hip arthroplasty on hospital and surgeon resource utilization . J B J Surg Am 2005
6. Charnley J ,Eftekhar N. Postoperative infection in total prosthetic replacement arthroplasty of the hip joint. With special referens to the bacterial content of the air of the operating room . Br J Surg 1969
7. Lanting BA, MacDonald SJ. The painful total hip replacement-diagnosis and deliverance . Bone Joint J 2013
8. Menagement of periprosthetic joint infections: The Current Knowledge. J B J Surg Am 2012
9. Harris WN. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using new method of result evaluation. J B J Surg Am 1969
10. Leizorovicz A. Epidemiology of post-operativ venous thromboembolism in Asian patients. Results of the SMART venography study. Haematologica 2007

51. УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В ХИРУРГИЯНАТА ПРАКТИКА. ОПРАВДАН МЕДИЦИНСКИ РИСК.

Проф. Златица Петрова – Изпълнителен директор ИАМО

Резюме:

Статията разглежда управлението на риска и цялостния качествен контрол- като „процес на съзнателна и непрекъсната борба на целия персонал за постигане на нулево ниво на дефектиране във всички аспекти на дейността на организацията“. Прави се аналогия на Японската идея „kaizen“ и грешките и неудачите в хирургичната практика , установени при проверките на ИАМО. Посочва се, че злополуките, които случват на пациентите са определено ‘грешки’ независимо дали са резултат на инцидент или небрежност. И при двата случая метода за контролиране на риска са неделима част от контрола на качеството и предоставяне на качествена грижа за пациента. Контрол на риска покрива цялостния цикъл на работа в една организация, в това число и лечебните заведения. Рисковете в една структура заведение могат да бъдат разделени на три главни групи:

- Оказващи директно въздействие върху процеса
- Оказващи индиректно въздействие върху процес
- Свързани с професионалната компетентност, физическо и психическо здраве

Докладването на настъпилите инциденти е от съществено значение при разпознаване на и предпазване от рискове и необходима предприемчивостта на мениджмънта да представи и убеди персонала във важността на тази дейност и последващата полза. В материала се подчертава, че описването/ докладването на инциденти или избегнати инциденти е интегрална част от трудовия процес, а не дисциплиниращо действие. Анализират се тези данни, дават ясна картина къде са потенциалните рискове в системата, уязвимите и места, както и процесите и/ или процедурите, които биха могли да бъдат оптимизирани. Направените анализи на пропуските и неудачите , както и на експертната при хирургични случаи достигаща до съдебната съдебната практика, налага въвеждането на институт, който да отчита характера на медицината като наука и изкуство, насочени към добруването на пациента и съпътствани от логичен и присъщ риск, и които закономерно да пречат за качестването на дадено деяние като престъпление, заличавайки неговата обществена опасност и характеризирайки го като осъществено при „оправдан медицински риск“.

Ключови думи: управление на риска, оправдан медицински риск, , експертиза , съдебна практика

52.

53. УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД БАРИАТРИЧНА ХИРУРГИЯ В СЪДЕБНО МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

*Доц. Д-р Радосвет Горнев, *Д-р Росен Хаджиев, ** Д-р Антони Михайлов, * Д-р Мирослав Зашев*,
Д-р Ваня Митова, * Доц. Д-р Мария Грозева**,*

**Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия*

***Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»*

Увод: Обезитетът в световен мащаб нараства с бързи темпове, като се превръща в социално значимо заболяване, водещо до тежки усложнения и инвалидизиране на пациентите. Бариатричните хирургични процедури навлизат все повече в хирургичната практика, като водят до намаляване на теглото чрез ограничаване на количеството храна, която стомаха може да побере, причиняваща малабсорбция на градиентите или комбинация от двете-чрез стомашна рестрикция и малабсорбция. Бариатричните методи често водят до хормонални промени. Повечето бариатрични хирургични намеси днес се осъществяват чрез минимално инвазивни техники .

Материали и методи: Представяме серия от случаи на пациенти с наднормено тегло, претърпели различни по вид и обем бариатрично хирургични процедури, станали последващ обект на съдебномедицинско обследване по повод на настъпили усложнения в ранния и късния следоперативен период.

Дискусия: Бариатричната хирургия се налага като метода за редукция на тегло при пациенти страдащи от затлъстяване. Липсата на предоперативно мултидисциплинарно обсъждане на всеки конкретен пациент с индивидуален подход при избора на метод за лечение крие множество рискове като: кървене от стомашния остатък, инфекция, тромбоемболия, инсуфициенция на анастомоза с развитието на перитонит, дъмпинг и/или малабсорбшън синдром, миграция на поставените протези с последващи усложнения, стенози с и без рефлукс на стомашно съдържимо, дилатация на стомашния остатък, както и развитието на карцином. Могат да се наблюдават странични реакции от анестезията, възпалителни усложнения на белите дробове, смущения в дишането и смърт. При липса на добър ефект от бариатричната хирургия или при появата на някое от гореизброените усложнения възниква въпросът за избор на подходяща реконструктивна оперативна интервенция. Следва да бъде направено детайлно предоперативно изследване с оглед преценката от необходимостта за бариатрична хирургия, както и да бъде избран най-подходящия при дадения пациент метод. Постоперативният период налага изключително внимателно проследяване за предотвратяване на горечитираните усложнения, свързани с избраната оперативна интервенция. Изготвянето на експертизата се усложнява в следствие на комплексния характер на причините за хирургия и настъпилите усложнения.

В световен мащаб затлъстяването нараства с бързи темпове и се превръща в едно от най-честите социално значими заболявания, водещи до тежки усложнения, инвалидизиране на пациентите и асоцииране с множество сериозни заболявания. Всичко това доведе до експанзивно нарастване на броя и вида бариатрични хирургични процедури, които се доказват, като метод за устойчиво намаляване на телесното тегло и подобряване на съпътстващите заболявания – особено при диабет тип II, артериална хипертония, сърдечна недостатъчност и сънна апнеа.

В последните години хирургичното лечение при обезитас се реинбурсира от Националните здравни каси в Европа и Америка. Това се извършва при спазване на строги критерии пред- и следоперативно. През 1991 год. Националният здравен институт на САЩ въвежда препоръки за избор на конкретна процедура при всеки пациент индивидуално (2,8). Към препоръките се включват: BMI не по-малко от 35кг/м² и наличие на значими съпътстващи заболявания, свързани със затлъстяването. С въвеждането на тези критерии в САЩ бариатрично – хирургичните процедури нарастват 6 пъти до повече от 100 000 годишно през 2003,(11,12) като към момента поддържат стабилно ниво - около 350 000 операции всяка година.(1,13)

В България бариатричната хирургия не се заплаща от НЗОК, което изправя пациентите и лекарите пред редица трудности, а именно липса на регламент за заплащане на консумативи и наличие на значими несъответствия между медицинска документация (за диагноза и индикации) и реално извършени процедури.

Механизмът за загуба на тегло след бариетрична хирургия се основава на: малабсорбция, налагане на ограничения и комбинация от тези механизми. Ограничаващите процедури намаляват размера на стомаха, което води до ранно засищане и намаляване приема на калории. На този принцип се извършват: лапароскопско поставяне на стомашен пръстен (gastric band, LAGB) и sleeve-гастректомия.

Операциите, основаващи се на принципа на малабсорбция пък, намаляват степента на усвояване на хранителните вещества в тънките черва, заобикаляйки голяма част от тях. Тези процедури включват отклоняване на билиарния и панкреасен пасаж със или без изключване на дванадесетопръстника.

Бариатричната процедура, съчетаваща и двата механизма е Roux – en – Y бай-пас, която е най – често използваната.

Вертикалната гастректомия или Vertical Sleeve Gastrectomy се характеризира със следните ефекти: по-малко чувство за глад и по – бързо засищане по време на хранене. Основните усложнения при този тип хирургична интервенция могат да се разделят на две групи:

- в ранен следоперативен период – трудни за възстановяване инсуфициенции в проксималния край на шевната линия (4,9%) и кървене от резекционната линия (2,4%) (23, 24)

- в късен следоперативен период – ГЕРБ (23%); повръщане (18%); стриктури по хода на стомашния остатък (2,3%); стенози (2,4%); късни инсуфициенции на шевната линия (2,4%); следоперативни хернии (2,4%); гастро – кутанейни фистули; Възвръщане на предишното тегло; Дъмпинг синдром (19, 22, 23, 25, 27)

При бариатричната хирургия, включваща стомашен бай-пас основното, на което се разчита е бързото усещане за ситост и по-малката абсорбция на минерали. Тук основните усложнения са:

- в ранен следоперативен период – инсуфициенция на анастомозата(до 5%) като най – често се появява при гастро – йейуналната анастомоза.; тънкочревен илеус; кървене от ГИТ; Дъмпинг синдром през първите няколко месеца с тежко протичане(24%); (17, 28)
- в късен следоперативен период – стриктури на анастомозите (4 – 16%); илеус (5%); следоперативни хернии (4-20%); образуване на жлъчни конкременти; късно следоперативно кървене от язва на стомашния остатък или язва на тънко черво; дефицит на витамини от група В, Д и А; ниски нива на Цинк, Селен и Желязо. (17, 26, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39)

При LAP-BAND основният ефект е чувство на засищане скоро след нахранване. При този тип интервенции основните усложнения са:

- в ранния следоперативен период са редки - гастро – езофагеални перфорации; ранно следоперативно смъкване на банд-а, налагащо репозиция; остра обструкция от банд-а; кървене и/или инфекция от протезата; пролапс на стомаха; повръщане; (9,17,20)
- в късния следоперативен период са по –чести: миграция на банд-а с или без дилатация на стомашния остатък(4-12%); ерозия на банд-а (2%); дилатация на хранопровода (5 -75%); некроза на стомаха; невъзможност за задържане на свалените килограми; (9,18,21)

Материали и методи:

Представяме серия от 6 типични клинични случая на пациенти с наднормено тегло, претърпели различни по вид и обем бариатрични хирургични процедури. Всички те са обект на съдебномедицинско обследване поради настъпили усложнения в ранния и късния следоперативен период.

Основните въпроси, които са обект на експертните включват: диагноза, предоперативна подготовка, показания за оперативно лечение, избор на оперативен метод и очаквани резултати.

От представените случаи най-често настъпилите усложнения са в ранния постоперативен период и са свързани с инсуфициенции на анастомозата с последващ остър перитонит, кървене, остър панкреатит, реактивни плеврални изливи, инфаркт на слезката и белодробен тромбемболизъм. В късния следоперативен период са регистрирани следните усложнения: гастро – кутанейна фистула, жлъчно – каменна болест, следоперативни хернии, Дъмпинг синдром и незадоволителни резултати. В част от случаите се наблюдава повече от едно усложнение.

Повод за жалби от страна на пациентите при всички докладни случаи са настъпилите постоперативни усложнения. В хода на съдебно-медицинските експертизи на база доказателствен материал обаче изпъкват и несъответствия между приемната диагнозата и проведеното оперативно лечение. В голяма част от случаите пациентите са приемани и дехоспитализирани с основна диагноза ГЕРБ и диафрагмална херния, а извършените оперативни процедури са sleeve гастректомия или поставяне на Lap Band.

Дискусия:

В света се наблюдава обща тенденция за значително нарастване на хората със затлъстяване. По достоверни данни за САЩ към 2014 год. 36,5% от общата популация са с ВМІ >30. Това е и причината за значително увеличаване на бариатричните оперативни интервенции в световен мащаб, включително и в България.

Необходимо е мултидисциплинарно обсъждане на всеки конкретен пациент за индивидуален подход при избор на метод за лечение. Оценката за необходимостта от бариетрична хирургия (с оглед засягане на функционално здрав орган) и преценка за възможните рискове от усложнения е ключов момент. Постоперативният период налага изключително внимателно проследяване за предотвратяване на компликации, свързани с избраната оперативна интервенция и очакваните резултати.

Задължително е разграничаването на възможните усложнения, свързани със заболяването от грешките, допуснати по време на операцията, които биха довели до тежки интра- и постоперативни компликации.

Поради спецификата на тази хирургия все повече се увеличават съдебно-медицинските иски. Ето защо е необходимо съсловно обединяване относно регламентирането на тези оперативни интервенции и налагане на общоприет стандарт за поведение.

Като допълнение, коректното реинбурсиране на бариетричните процедури би довело до намаляване на документални несъответствия, достигащи до съдебно-медицинската практика.

Библиография:

1. Livingston EH. The incidence of bariatric surgery has plateaued in the U.S. *Am J Surg.* 2010;200(3):378–385. [PMC free article] [PubMed]
2. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr.* 1992;55(2 suppl):615S–619S. [PubMed]
3. Irene T. Ma, MD and James A. Madura, II, MD Gastrointestinal Complications After Bariatric Surgery, *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2015 Aug; 11(8): 526–535 [NCBI]
4. Flegal KM. Epidemiologic aspects of overweight and obesity in the United States. *Physiol Behav.* 2005;86(5):599–602. [PubMed]
5. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA.* 2012;307(5):491–497. [PubMed]
6. Bult MJ, van Dalen T, Muller AF. Surgical treatment of obesity. *Eur J Endocrinol.* 2008;158(2):135–145.[PubMed]
7. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med.* 2003;138(1):24–32. [PubMed]
8. Schneider BE, Mun EC. Surgical management of morbid obesity. *Diabetes Care.* 2005;28(2):475–480.[PubMed]
9. Suter M, Giusti V, Worreth M, Héraief E, Calmes JM. Laparoscopic gastric banding: a prospective, randomized study comparing the Lapband and the SAGB: early results. *Ann Surg.* 2005;241(1):55–62.[PMC free article] [PubMed]
10. Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, Stevens J, VanItallie TB. Annual deaths attributable to obesity in the United States. *JAMA.* 1999;282(16):1530–1538. [PubMed]
11. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA.* 2005;294(15):1909–1917. [PubMed]
12. Steinbrook R. Surgery for severe obesity. *N Engl J Med.* 2004;350(11):1075–1079. [PubMed]
13. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008. *Obes Surg.* 2009;19(12):1605–1611. [PubMed]
14. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg.* 2014;149(3):275–287.[PMC free article] [PubMed]
15. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007;357(8):741–752. [PubMed]
16. Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA.* 2015;313(1):62–70. [PubMed]
17. Carucci LR, Turner MA. Imaging after bariatric surgery for morbid obesity: Roux-en-Y gastric bypass and laparoscopic adjustable gastric banding. *Semin Roentgenol.* 2009;44(4):283–296. [PubMed]
19. Hamdan K, Somers S, Chand M. Management of late postoperative complications of bariatric surgery. *Br J Surg.* 2011;98(10):1345–1355. [PubMed]
20. Snyder B, Wilson T, Mehta S, et al. Past, present, and future: critical analysis of use of gastric bands in obese patients *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2010;3:55 65 [PMC free article] [PubMed]
21. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg.* 2013;23(4):427–436.[PubMed]

22. Triantafyllidis G, Lazoura O, Sioka E, et al. Anatomy and complications following laparoscopic sleeve gastrectomy: radiological evaluation and imaging pitfalls. *Obes Surg.* 2011;21(4):473–478. [PubMed]
23. Himpens J, Dobbelaire J, Peeters G. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg.* 2010;252(2):319–324. [PubMed]
24. Topart P, Becouarn G, Ritz P. Comparative early outcomes of three laparoscopic bariatric procedures: sleeve gastrectomy, Roux-en-Y gastric bypass, and biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(3):250–254. [PubMed]
25. Braghetto I, Csendes A, Lanzarini E, Papapietro K, Cárcamo C, Molina JC. Is laparoscopic sleeve gastrectomy an acceptable primary bariatric procedure in obese patients? Early and 5-year postoperative results. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2012;22(6):479–486. [PubMed]
26. Swanson CM, Roust LR, Miller K, Madura JA II. What every hospitalist should know about the post-bariatric surgery patient. *J Hosp Med.* 2012;7(2):156–163. [PubMed]
27. Tzovaras G, Papamargaritis D, Sioka E, et al. Symptoms suggestive of dumping syndrome after provocation in patients after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2012;22(1):23–28. [PubMed]
28. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE, Stevens CM, Nguyen NT. Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. *Arch Surg.* 2003;138(9):957–961. [PubMed]
29. Blachar A, Federle MP. Gastrointestinal complications of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery in patients who are morbidly obese: findings on radiography and CT. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179(6):1437–1442. [PubMed]
30. Go MR, Muscarella P, II, Needleman BJ, Cook CH, Melvin WS. Endoscopic management of stomal stenosis after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2004;18(1):56–59. [PubMed]
31. Nguyen NT, Stevens CM, Wolfe BM. Incidence and outcome of anastomotic stricture after laparoscopic gastric bypass. *J Gastrointest Surg.* 2003;7(8):997–1003. [PubMed]
32. Husain S, Ahmed AR, Johnson J, Boss T, O'Malley W. Small-bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: etiology, diagnosis, and management. *Arch Surg.* 2007;142(10):988–993. [PubMed]
33. Miller K, Hell E, Lang B, Lengauer E. Gallstone formation prophylaxis after gastric restrictive procedures for weight loss: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Ann Surg.* 2003;238(5):697–702. [PMC free article] [PubMed]
34. Wudel LJ, Jr, Wright JK, Debelak JP, Allos TM, Shyr Y, Chapman WC. Prevention of gallstone formation in morbidly obese patients undergoing rapid weight loss: results of a randomized controlled pilot study. *J Surg Res.* 2002;102(1):50–56. [PubMed]
35. Villegas L, Schneider B, Provost D, et al. Is routine cholecystectomy required during laparoscopic gastric bypass? *Obes Surg.* 2004. 14 2 206 211 [PubMed]
36. Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrott J Allied Health Sciences Section Ad Hoc Nutrition Committee. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(5 suppl):S73–S108. [PubMed]
37. Saltzman E, Karl JP. Nutrient deficiencies after gastric bypass surgery *Annu Rev Nutr.* 2013;33:183–203 [PubMed]
38. Gong K, Gagner M, Pomp A, Almahmeed T, Bardaro SJ. Micronutrient deficiencies after laparoscopic gastric bypass: recommendations. *Obes Surg.* 2008;18(9):1062–1066. [PubMed]
39. Obinwanne KM, Fredrickson KA, Mathiason MA, Kallies KJ, Farnen JP, Kothari SN. Incidence, treatment, and outcomes of iron deficiency after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a 10-year analysis. *J Am Coll Surg.* 2014;218(2):246–252. [PubMed]

54. УСЛОЖНЕНИЯ ДОСТИГАЩИ ДО СЪДЕБНАТА ПРАКТИКА ПРИ УПОТРЕБА НА ЕНЕРГИЙНИ ИЗТОЧНИЦИ В ХИРУРГИЯТА

*Р. Хаджиев***, *В. Митова**, *А. Михайлов**, *М. Зашев**, *М. Грозева***, *Р. Горнев**

*Университетска болница «Лозенец», Клиника Коремна хирургия

**Софийски университет «Св. Климент Охридски», Катедра «Съдебна медицина»

Увод: Съвременната хирургия непрекъснато се усъвършенства и това в голяма степен се дължи на непрекъснатото използване на различни енергийни източници. Те дават възможност за извършване на прецизни оперативни интервенции с отлични следоперативни резултати. Основно значение, за постигане на всички тези резултати и предпазване от нежелани увреди на пациента, има познаването на механизмите на действие и индикациите за приложение на съответния инструментариум.

Материали и методи: Представяме клинични случай на 57-годишна жена след лапароскопска холецистектомия. След операцията пациентката се изписва с превръзка на дясна подбедрица без да бъде обяснена причината за това. При преглед е установено, че пациентката е с изгаряне III степен на мястото на превръзката от негативния електрод на електрожа. В следствие изгарянето се инфектира. Наложило се е лечение първо с превръзки, след това хоспитализация, некректомия и извършване на кожна пластика.

Изгарянето по време на операцията е повод за жалба от страна на пациентката за причинена телесна повреда. Назначена е съдебномедицинска експертиза, от която е установено, че не е казано на пациентката за изгарянето, както и че са нарушени правилата за употреба на енергийния източник, тъй като преди поставянето негативният електрод е завит в намокрен компрес.

Дискусия: Използването на енергийни източници в съвременната хирургия е необходимо да се извършва след познаване на биофизични ефекти и спецификата при използването им. Тяхната употреба без предварителна подготовка обаче могат да доведат до редица негативни последици и сериозни тъканни увреди, което да постави под риск здравето и живота на пациента.

Съвременната хирургия непрекъснато се усъвършенства и това в голяма степен се дължи на непрекъснатото използване на различни енергийни източници. Те дават възможност за извършване на прецизни оперативни интервенции с отлични следоперативни резултати. Целта е намаляване на интра- и постоперативните усложнения, скъсяване на оперативното време и подобряване на крайните резултати от хирургичните интервенции. Основно значение, за постигане на всички тези резултати и предпазване от нежелани увреди на пациента, има познаването на механизмите на действие и индикациите за приложение на съответния инструментариум.

William T. Bovie е известен като изобретател на електрохирургичния генератор. Неврохирургът Harvey Cushing пък е първият използвал инструмента през 1926 г., доказващ забележителната способност да се намали интраоперативното кървене. (1)

Най-често използваният енергиен източник в съвременната хирургия е монополярният ток (електронож). При него се използва активен електрод (инструмент), а негативният такъв, под формата на плочка, се прикрепя към пациента, спазвайки опеределени правила.

При употребата му има два режима на работа с различни принципи на действие:

Рязане(Cut) - при този режим генераторът подава енергия между 1300 V и 2300 V (волта) изразяваща се в непрекъсната синусоидална крива. Генерираната температура в тъканите е повече от 100⁰C и това води до разрушаване на клетката и нейното изпарение.

Коагулация(Coag) - при този режим на работа генерираната енергия е между 3500 V и 9000 V. Температурата на тъканта е под 80⁰C и това води до коагулация на белтъците, без да се разрушава клетката. (2), (7)

Съвременните апарати предлагат и трети режим - Blend mode, който комбинира двата принципа на действие за постигане на едновременно рязане и коагулация. (3)

Препоръките за използване на монополярен ток включват задаването на минималната мощност (W) на генератора, при която се достига желаната коагулация или рязане, като така се избягва ненужното травмиране на тъканите. (6)

За правилната употреба и предпазване от нежелани увреди на пациента, освен познаването на механизмите на действие и индикациите за приложение на съответния инструментариум, е необходимо да се взимат предвид и някои основни положения в хирургичната практика.

Особено внимание трябва да се обръща върху изолацията на кабелите и ръкохватката, както и да се избягва поставянето на електроножа върху пациента, където може да бъде активиран неволно от членовете на екипа или друг инструмент. Нарушения в изолацията са особено опасни

в лапароскопската хирургия, където може да бъде генерирана искра извън оперативното поле и да остане незабелязана. (4)

Негативният електрод трябва да е в плътен контакт с подлежащата кожа без да има отлепени участъци, въздушни джобове или контакт с мокри предмети. Всичко това предпазва от образуване на искра по време на работа с монополярен ток и евентуално изгаряне.

Кабелът не трябва да се навива, както и да се фиксира към пациента с метален инструмент поради образуване на индукционно напрежение и риск от образуване на искра. (5)

Използването на монополярен ток крие рискове особено при пациенти с ортопедично протезиране и такива с поставен пейс-мейкър.

Посочените основни правила за приложение на енергийни източници са базисни за постигане на търсените резултати и предпазване на пациентите от нежелани такива.

Материали и методи:

Представяме клинични случай на 57-годишна жена след лапароскопска холецистектомия. По време на операцията е използван монополярен електронож. След интервенцията пациентката се изписва с превръзка на дясна подбедрица без да бъде обяснена причината за това. При преглед е установено, че пациентката е с изгаряне III степен на мястото на превръзката и че изгарянето е от негативния електрод на електрожа, използван по време на операцията. В продължение на две седмици след операцията, пациентката провеждала лечение с превръзки в амбулаторни условия. Въпреки това раната от изгарянето се инфектирала, което наложило нова хоспитализация в друго лечебно заведение. Последвала некректомия и свободна кожна пластика на мястото на изгарянето.

Изгарянето по време на операцията е повод за жалба от страна на пациентката за причинена телесна повреда. Назначена е съдебномедицинска експертиза, която задължително включва преглед на пациентката. Откри се груб, почти с овална форма хлътващ към средната и горна си част, с неравна повърхност сивкаво-мораво-белезникав белег на мястото на електроизгарянето. Описаният белег е с размери 17/19 см и обхваща почти цялата ширина на горната трета на дясната подбедрица.

След приключване на разследването и съдебно-медицинската експертиза е установено, че не е казано на пациентката за изгарянето, както и че са нарушени правилата за употреба на енергийния източник. Не са извършени всички действия с апарата в съответствие с предписанията на Ръководството на потребителя. Преди поставянето негативният електрод е бил завит в намокрен компрес. От своя страна самото поставяне е било извършено от санитар, което не е задължение, включено в длъжностната му характеристика. Електродът е следвало да бъде поставен от операционната медицинска сестра и да бъде проверен от операторите и анестезиолога преди започване на упойката и коремната интервенция.

Дискусия:

Експанзивното развитие на съвременната хирургия в последните две десетилетия е съпътствано от въвеждането и усъвършенстването на редица енергийни източници, които създават условия за прецизни оперативни интервенции при намалена интраоперативна кръвозагуба и водещи до по-добри следоперативни резултати.

Използването на енергийни източници без познаване на биофизичните ефекти може да доведе до сериозни тъканни увреди и да постави под риск здравето и живота на пациента. Именно за това е необходимо детайлното познаване на енергийните източници и тяхното приложение да залегне в процеса на обучение, както на студентите по медицина, така и на специалистите по хирургия, а при необходимост и на медицинския персонал в операционен блок.

Библиография:

1. Nader N Massarweh, MD, Ned Cosgriff, MD, Douglas P Slakey, MD, MPH, FACS Electrosurgery: History, Principles, and Current and Future Uses <http://www.albertahealthservices.ca/ps-1009154-electrocautery.pdf>
2. Malcolm G. Munro, Fundamentals of Electrosurgery Part I: Principles of Radiofrequency Energy for Surgery, Springer

3. Davison, J, Zamah, N, Electrosurgery: Principles, Biologic Effects and Results in Female Reproductive Surgery Glob. libr. women's med., (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10021
4. Alkatout II, Schollmeyer T, Hawaldar NA, Sharma N, Mettler L. Principles and safety measures of electrosurgery in laparoscopy. JLS. 2012 Jan-Mar;16(1):130-9. doi: 10.4293/108680812X13291597716348.
5. Odell RC. J Minim Invasive Gynecol. Surgical complications specific to monopolar electrosurgical energy: engineering changes that have made electrosurgery safer. 2013 May-Jun;20(3):288-98. doi: 10.1016/j.jmig.2013.01.015.
6. Robinson TN1, Pavlovsky KR, Looney H, Stiegmann GV, McGreevy FT. Surgeon-controlled factors that reduce monopolar electrosurgery capacitive coupling during laparoscopy.
7. Съвременни енергийни източници в хирургичната практика – биофизични ефекти и специфика на използване. Д-р Радосвет Горнев, Д-р Мирослав Зашев, Д-р Ваня Митова, Димитър Пенчев. Списание МД. Юли 2014: 4(82) :111-114.

55. ПРАВНИ АСПЕКТИ ПРИ ИЗБОРА НА МЕТОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ В ХИРУРГИЯТА

Гл.ас д-р Антония Илиева

Юридически факултет, Катедра-Публичноправни науки, ПУ „Паисий Хилендарски“

Увод. Прогресивното развитие в областта на технологиите и науката дават отражение във всяка сфера на обществените отношения. Иновациите и модерните технологии намериха бързо своето място и в медицината. Мини-инвазивната хирургия, като иновативен метод за осъществяване на хирургична дейност, е често предпочитана възможност за лечение на пациентите от страна на медицинските специалисти, практикуващи хирургия. На практика лапароскопската и торакоскопската хирургия все по-категорично заместват конвенционалната хирургия.

Материал и методика: Прави се анализ на актуалната правна уредба на хирургичната дейност в Република България, включително и правилата за придобиване на квалификация за извършване на оперативни интервенции с лапароскопска и роботизирана техника.

Резултати и дискусия: Възможността за избор на новите хирургични методи, които могат да бъдат приложени спрямо определени оперативни интервенции, изисква законодателят да въведе ясна и конкретна правна уредба по отношение на придобиване на квалификация за работа с тези методи, както и ясни правила за избора на конвенционален или иновативен метод при дадено оперативно разрешение. Този нормотворчески подход е изключително необходим, за да бъдат защитени адекватно правата на медицинските специалисти и пациентите, и да се препятства допускането на лекарски грешки поради възможността за проява на излишна хирургична „самонадеяност“ и демонстриране на технически възможности в случаи, когато това е неуместно.

Ключови думи: Хирургична дейност, мини-инвазивна хирургия

I.Общи аспекти на хирургичната дейност в Република България.

Хирургията е основен дял в медицината, който намира широко приложение за лечение и диагностика на редица заболявания, при които провеждането на операция е задължително или потенциално възможно. В зависимост от типа оперативна дейност, по който се осъществява медицинската интервенция, са възприети различни критерии за диференциация на общата хирургия. Най- широко разпространените от тях са:

1. Според степента на инвазивност:

Конвенционална хирургия- медицинска специалност, която изследва и лекува консервативно и оперативно заболявания на различни органи и системи, като оперативните интервенции се извършват по исторически утвърдени методи за всяко от тях, усъвършенствани във времето, но по принципно стандартни правила за оперативна намеса.

Минимално инвазивна хирургия- обхваща лапароскопията, торакоскопията, ангиопластиката и др. Основна характеристика на тези методики, е че оперативната интервенция се осъществява посредством сравнително малък разрез на кожата и подлежащите структури, като със специален инструмент са достига до кухина или кръвоносен съд. Мини-инвазивната хирургия (лапароскопска или торакоскопска), като нова и по- модерна технология, има редица предимства пред

традиционната (конвенционална) хирургия. Най-важните от тях са: атравматизъм, асептика, по-слаба следоперативна болка, по-бърза следоперативна рехабилитация, по-бързо възстановяване на организма към ежедневните активности, минимална кръвозагуба, по-кратък болничен престой и др. Поради изложените положителни ефекти се постига и намаляване на случаите с тежки следопоративни усложнения.

Като нов метод в хирургичната област, и мини-инвазивната хирургия крие определени рискове за пациента, които произлизат от особеностите на самата хирургична дейност. Тези слабости могат да бъдат обособени в две категории, които са взаимосвързани.

Първата категория обхваща възможните неблагоприятни последици, които могат да настъпят за пациента вследствие от неправилното подбиране на новия „модерен” метод, който вече е твърде желан от пациентите, при липса на индикации за прилагането му и съответно при наличие на условни контраиндикации за това. Тези нови методи не са панацея и имат своите отрицателни ефекти при оперативна интервенция с тяхното използване. Като пример можем да посочим областта на лапароскопската хирургия, като най-често усложненията, които биха могли да настъпят тук се изразяват в:

- усложнения, свързани с анестезията;
- усложнения, свързани с повишеното интраабдоминално налягане;
- аритмия;
- повишено интраторакално налягане и др¹.

Втората категория е свързана с човешкия ресурс в лицето на хирурга, който извършва мини-инвазивната хирургична дейност. За разлика от конвенционалната хирургия, при този иновативен метод се изисква продължителен период за усвояване на необходимата теоретична и практическа подготовка от съответния хирург и то при съответните условия за обучение – налична техника и наличен добър специалист- учител. На следващо място се наблюдават завишени изисквания към личните професионални качества на медицинските специалисти- хирурзи (амбиция, висока концентрация, устойчивост и прецизност). Не на последно място, успешното практическо приложение на мини-инвазивната хирургия е обусловено от наличието на по-висок финансов ресурс от страна на държавните и частни лечебни заведения.

Най-новата под специалност в мини-инвазивната хирургия, а именно роботизираната хирургия, е въведен за първи път в България през 2008г. в Клиниката по Онкогинекология, на Медицински Университет – Плевен. Предвид бавните темпове, с които се усвояват добрите международните практики в областта на здравеопазването, роботизирана хирургия все още не намира широко приложение в българските лечебните заведения. Основния фактор, който пречатства по-ускореното и широко въвеждане на този иновативен метод у нас е необходимостта от сериозен финансов ресурс. Практическото приложение на мини-инвазивната хирургия поражда редица нормативни въпроси, които да бъдат разгледани в настоящия доклад. Необходимо е да бъде анализирана релевантната правна уредба свързана с процеса на прилагане на мини-инвазивните хирургични интервенции с цел установяване нивото на изискуемата компетентност и правилата за прилагане на тези сравнително нови методи.

2. Правна рамка на хирургичната дейност.

Правната рамка на хирургичната дейност в Република България, би могла да се категоризира, като обща и специална². Тази правна рамка обхваща най-съществените въпроси свързани с регулацията на хирургичната дейност, като нивото на компетентност на лечебните заведения за поддържане на отделения, изискуемите специалности на медицинските специалисти, които трябва да притежават за упражняване на професията в конкретното клинично направление, методиките чрез които законосъобразно да се упражнява медицинската дейност, както и нивото на наличната медицинска апаратура и др.

1. Обща правна уредба

1.1 Закон за здравето.-в него са разписани всички принципи и нормативни изисквания във връзка със съществуването на националната система за здравеопазване, упражняването на медицинската

¹Доц.Белоконски, Е., „Лапароскопски или конвенционален подход в коремната хирургия“, ВМА, София, с.93-105

²Посочената диференциация на правната рамка е теза на авторът.

дейност в Република България, лечението и грижите, които трябва да се полагат за пациента и други общи въпроси отнасящи се до дейностите упражнявани в структурата на здравеопазването. Превенцията на здравето и грижата за пациента в изискуемия обем и качество са основоположника на всеки един от законовите и подзаконовите нормативните актове регулиращи здравеопазването.

1.2. Закон за лечебните заведения- за разлика от Закона за здравето, в който се съдържат общите правни фрагменти на здравеопазването, без да се акцентира в частност върху определена клинична специалност в Закона за лечебните заведения, в чл.6, ал.1 е посочена ясно методиката и степенуването на законовите и подзаконови актове регулиращи медицинската дейност, в това число и клиничната специалност- хирургия, а именно- *„Дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента. Медицинските стандарти се утвърждават с наредби на министъра на здравеопазването“*.

1.3. Правила за добра медицинска практика-съответстват на етичните принципи, заложен в Хелзинкската декларация, Европейската харта за правата на пациентите, Хартата за правата на пациентите и Кодекса за професионална етика на българските лекари и други международно признати документи за автономност, полезност, безвредност и справедливост. Правилата се приемат от събора на БЛС, след което се предлагат за утвърждаване от министъра на здравеопазването, във връзка с чл.6 от Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването. Те намират правна уредба и в Закона за здравното осигуряване- Чл. 46, ал.2. *„Качеството на оказваната медицинска помощ, заплащана от НЗОК, трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика“*³. Във връзка с правилата за добра медицинска практика се изготвят т.нар. „Ръководства за добра медицинска практика“. Наличието им позволява на лекаря във всеки един момент да обясни и обоснове действията и решенията си, когато възникват въпроси или съмнения при практикуването на медицинската професия. Правилата за добрата медицинска практика кумулират в себе си морално-етичните аспекти, възникващи във взаимоотношенията лекар-пациент, утвърдените стандарти на работа в съсловието, изискванията за своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ. и др. Те са съвкупност от правила за поведение при диагностична и лечебна дейност. Основават се на практиката, базирана на съчетание от най-добрите научни доказателства свързани с клиничната експертиза и правата на пациента.

1.4. Наредба 1 от 22.01.2015г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването-като подзаконов нормативен акт, правното поле на Наредбата обхваща правилата и законовите изисквания, които трябва да покрие медицинския специалист, за да придобие специалност. Чрез Приложение 1, наредбата определя номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването.Тази наредба е обща за всички утвърдени специалности в медицината. В нейното предметно съдържание липсва методиката за придобиване на части от специалност, които надграждат вече придобитата специалността.

II. Специална правна рамка:

2.1. Медицински стандарти

С Наредба 3 от 27.01.2015г. е утвърден общ медицински стандарт по хирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия. Видно от стандарта, е на лице една обща регламентация по отношение на видовете хирургични направления по тази клинична специалност. Това не е добър правен подход за регламентиране и регулиране на дейностите, описани в стандарта. Задълбочения правен анализ показва, че по своята същност медицинските стандарти представляват специфични измерители на качеството на медицинската услуга. Ориентирани са към качеството на работа на съответните специалисти и на условията за нейното извършване. При тяхното създаване е използван утвърденият подход в медицинската квалитология – „структура-процес-резултат“⁴ . Структурата на медицинските стандарти включва

³ДВ. бр.98 от 9 Декември 2016г.

⁴www.nsoplb.org/uploads/article_documents/kachestvo_doc_ivanov.pdf

устройството, материалните ресурси, оборудването, квалификацията на персонала и обхвата на услуги на съответното ниво на компетентност. Процесът се изразява в стандартите за извършваните клинични и неклинични дейности при пациентите (консултации, изследвания, предлагано лечение, превантивни дейности, медицински скрининг, диспансеризация и др.). Като извод от направения анализ се оформя тезата, че медицинските стандарти, в частност стандарта по обща хирургия са основния фундамент, въз основа на който се извършва хирургична дейност в лечебните и здравни заведения. При констатирани нарушения от страна на контролните органи, медицинските специалисти, които не са спазили изискванията на стандартите, подлежат на санкция и носят административна и наказателна отговорност, вкл. закриване на лечебната структура.

За съжаление стандартите по отделните медицински специалности само създават условията за правилно и пълноценно лечение, без да определят правилата за самото лечение на отделните нозологии.

2.2.Клинична пътека

В Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, в параграф 1 е разписана легалната дефиниция на понятието клиничната пътека⁵. По своята същност клиничната пътека представлява мултидисциплинарен план за прилагане на предварително определени здравни грижи, описани във времето с оптимална последователност, които се полагат за точно определени групи пациенти, които са в процес на установяване на диагноза или са с вече поставена такава.

Необходимостта от наличието на клинични пътеки, е породена от нуждата да се овладеят и регламентират конкретно финансовите параметри във връзка с постоянно нарастващите болнични разходи. В този смисъл клиничните пътеки са инструмент за контрол върху разходите и качеството на медицинската помощ. От направения общ преглед на видовете клинични пътеки по категории заболявания, може да се направи извода, че по-отношение на мини-инвазивната хирургия, Националната здравноосигурителна каса заплаща частично направените разходи. По-голямата финансова тежест остава за пациента.

Изводи:

1. От направения общ преглед на законовите и подзаконовите нормативни актове, се установи, че липсват конкретни правила за въвеждане на нови технологии и методики за работа в областта на хирургията. Отделни елементи свързани с дейността на медицинските специалисти в областта на мини-инвазивната хирургия са поместени в някои нормативни документи, но ефективна и конкретна регламентация отсъства.
2. Липсата на конкретно разписани правила води до извода, че изборът за лапароскопска или конвенционална оперативна интервенция зависи от опита на хирурга, общото състояние на пациента, както и на интраоперативното протичане на случая. Пълното отсъствие на механизъм, чрез който да се извърши избора на оперативен метод /индикации и контраиндикации в нормативен документ/, поставя в риск, както медицинския специалист, така и пациента при настъпването на евентуални усложнения, които могат да доведат до летален край.
3. При прегледа на общите и специални законови и подзаконовите нормативни актове отнасящи се до специалността хирургия и в частност мини-инвазивната хирургия, се установи липса на уредба, която да регламентира конкретно методиката на теоритично и практическо обучение на медицинските специалисти на методите на мини-инвазивната хирургия и минималните практически и теоретични критерии, които трябва да бъдат покрити, за придобиване на специализирания сертификат. Това поражда съмнения в субективност при получаването му.

⁵Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК „Клинична пътека е система от изисквания и указание за поведение на различни видове медицински специалисти при диагностични и лечебни процедури на пациенти с определени заболявания, изискващи хоспитализация в лечебни заведения със стационар“.

56. ЮРИДИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА УСЛОЖНЕНИЯТА, ГРЕШКИТЕ И НЕЖЕЛАНИТЕ СЪБИТИЯ В ХИРУРГИЯТА

адв. д-р МАРИЯ ПЕТРОВА

ЦЕЛ: Целта на материала е да представи от правна гледна точка различията между компликация, медицинска/лекарска грешка и нежелано събитие, както в конвенционалната, така и в лапароскопската, и роботизирана хирургия. Да запознае хирурзите с правните положения и да им даде насоченост за юридическа превенция на лекарските/медицинските грешки и нежеланите събития.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Разработката е базирана на действаща нормативна уредба – законова и подзаконова, също така и на съдебната практика.

Методи - чрез сравнително-правно аналитичен метод са разгледани основните положения заложи от законодателя, с които задължително следва да се съобразяват лекарите практикуващи в областта на хирургията.

РЕЗУЛТАТИ:

1. Запознаване на практикуващите с нормативно установените понятия извеждане на основните разграничаващи критерии между компликация, медицинска/лекарска грешка и нежелано събитие .
2. Познаване на нормативните основи конвенционалната, лапароскопската и роботизираната хирургия .
3. Информирание на лекарите за задълженията им да информират пациента за потенциалните рискове при практикуване на конвенционалната, лапароскопската и роботизираната хирургия .
4. Запознаване с основните правни положения на информирано съгласие/отказ на пациенти.
5. Запознаване с основните задължителни реквизити на Декларацията за информирано съгласие/отказ.
6. Дефиниране на основните рискове за лекарите и представяне на правните последици при незачитане „правото на информирано съгласие/отказ“
7. Познаване на видовете отговорност, под която могат да бъдат подведени хирурзите при практикуване на конвенционална, лапароскопска и роботизирана хирургия .
8. Юридическа превенция на медицински/ лекарски и нежелани събития
9. **ИЗВОДИ:** Сравнително-правния аналитичен метод дава възможност да се обобщат слабите страни и недостатъците на действащата нормативната уредба. Материалът разкрива възможностите за подобрене и създаване на една по-сигурна и еквивалентна правна регулация, която да защитава, както правата на пациентите, така и правата на лекарите, които практикуват в сферата на конвенционалната, лапароскопската и роботизираната хирургия

57. ЧЕСТО СРЕЩАНИ ПРОПУСКИ И ГРЕШКИ В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА

Светлозар Спасов, Иван Црънчев

Медицински университет-Пловдив, Катедра по обща и клинична патология и съдебна медицина,
Секция по съдебна медицина

Увод. В съдебномедицинската експертна дейност често обект на разследване и експертиза са случаите на пропуски и грешки в хирургичната практика. Най-често срещани са случаите от спешната хирургия, конвенционалната хирургия с отложена спешност, плановата, както и единични казуси от лапароскопската хирургия.

Материали и методи. Обект на настоящото изследване са съдебномедицински експертизи, касаещи хирургичната практика, изготвени по досъдебни производства, наказателни, граждански и административни дела в страната.

Резултати и дискусия. Търде често в съдебномедицинската експертна практика/дейност/ се установяват пропуски и грешки в хирургичната практика. В спешната хирургия основен проблем

са диагностичните грешки, които често се дължат на непълни и недостатъчни клинични и параклинични изследвания. На този фон се пристъпва към оперативна намеса, която е неадекватна или погрешна или се пропуска находка. Често се установява и неправилно планиране на оперативната намеса като обем и сложност, съобразно конкретното състояние на пациента, както и на неговата коморбидност. Пристъпва се към радикално едномоментно оперативно поведение при пациенти в силно увредено състояние, което детерминира често затегнат постоперативен период и наслагване на тежки, често летални усложнения. Установяват се и случаи на неправилно интерпретиране на образната диагностика от страна на специалиста и предоверяване на хирурга, като често не се отчита противоречието между параклиниката и клиниката. Изчаквателното поведение при развитие на усложнения, често преминава разумните граници и добрите, но закъсняли намерения и подходи, често са с фатален изход. Същото касае и необяснимото изчакване на оперативната намеса, при случаи показани и с необходимите индикации за пристъпване към оперативна намеса. Често се касае за неуместно отсрочване през празнични дни, както и по административно-организационни причини. Особено често добрите оперативни резултати се опорочават от недостатъчно и неадекватно постоперативно наблюдение. Закъснялата реакция или липсата на такава при развили се остри следоперативни усложнения често се дължи и на лоша сестринска грижа.

58. ЕКСПЕРТНИ КРИТЕРИИ ПРИ ЕКСПЕРТИЗА НА ПРОПУСКИ И ГРЕШКИ В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА

Светлозар Спасов

Медицински университет-Пловдив, Катедра по обща и клинична патология и съдебна медицина,
Секция по съдебна медицина

Увод. Съдебномедицинските експерти в казуси със съмнение за грешки в хирургичната практика често са изправени пред търсенето на обективни критерии за оценка на дейността на хирурга в определен съдебен случай. В съвременната хирургична дейност добрата медицинска практика е с пожелателни и често субективни критерии за правилност, достатъчност, своевременност и достъпност на хирургичната грижа.

Материали и методи. В настоящата работа са използвани случаи от съдебномедицинската практика на МУ-Пловдив в последните 10 години.

Резултати и дискусия. Несъмнено в Р България не съществува единна диагностично-лечебна доктрина, както за хирургичната дейност, така и за останалите медицински специалности. Преди 1999 година експертната дейност при случаи на пропуски и грешки в хирургичната практика се базираше на неясни деонтологични правила, което пораждаше невъзможност за категорична експертна преценка по даден съдебен казус. След началото на Здравната реформа постепенно практиката се запълни с медицински закони и подзаконови нормативни актове, уреждащи частично правилата на хирургичната дейност. Тези правила бяха променяни и в момента също постоянно се актуализират. В Законът за здравето са записани основните критерии за правилна медицинска дейност, съответно правилна хирургична дейност. Принципите на достъпност, достатъчност, своевременност на хирургичната работа при абсолютно спазване на правата на пациента изобщо и правилата на пациента при хоспитализация реши някои проблеми от практиката. Стандартът по хирургия, който е общ за няколко хирургични специалности и най-общо казано обуславя създаването на добри условия за лечение, но не и правилата и начините за извършване на такова. На свой събор Български лекарски съюз, прие Общите правила за добра медицинска практика, които представляват обобщение на Хартата на правата на пациентите /европейска и национална/ и елементи от посочения Закон за здравето. Всъщност ежедневната хирургическа практика е лишена от конкретни правила за лечение, които биха била в защита както на пациентите, така и на медицинските лица, неправилно подведени под отговорност за свое действие или бездействие. Време е Дружествата на отделните медицинските специалности да изготвят най-общи консенсуси и протоколи за лечебно-диагностично поведение в ежедневната практика.

59. БИЛИРАГИЯ СЛЕД ГОЛЕМИ ПО ОБЕМ ЧЕРНОДРОБНИ РЕЗЕКЦИИ – КРИТЕРИИ ЗА ИЗБОР НА ПРАВИЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ

Д.Русенов, К.Драганов, А.Петреска, Д.Пенчев, С.Лавчев, Г.Ченгалова, Р.Гайдарски
Клиника по чернодробно-жлъчна, панкреатична и обща хирургия
Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница София

Увод: В наши дни чернодробните резекции с голям обем (ЧРГО) са рутинни процедури за много центрове. Това е довело и до значителен спад в честотата на смъртността и специфичните пострезекционни усложнения (СПРУ). Цел: Проучване върху честотата на билирагията след ЧРГО, рисковите фактори за възникването ѝ и методите на третиране.

Материал и методи: За периода 2007-2016 год. вкл. в едноцентрово, ретро-проспективно, контролирано проучване включихме 113 случая на ЧРГО (> 2 сегмента или > 30% от чернодробния паренхим). Анализирахме редица предоперативни данни, както и характеристиките на хирургичната процедура – анатомична или атипична резекция, клампажни способности, метод на резекция, използване на външен билиарен дренаж, необходимост от субституция на кръвозагубата и др. Отчетохме ранните резултати. Събрахме подробна информация за билирагията - рискови фактори, ранна диагностика и различни подходи за лечение. Резултати: В ранния следоперативен период регистрирахме 3 екзитуса (2.6%) и 22 СПРУ (19.5%). Релапаротомия се наложи при 4 болни (3.5%), а останалите 18 компликации бяха овладени консервативно и/или интервенционално. Според критериите на ISGLS билирагия установихме в 6 случая (5.3%), от които само един наложи хирургична ревизия.

Дискусия и заключение: Условието за успеха на всяка ГОЧР са отдавна установени и общоприети - достатъчен по обем и функциониращ резидуален паренхим, минимална кръвозагуба, адекватно отношение към клампажните техники (без да се омаловажават, нито да се злоупотребява с тях), щателна дефинитивна хемо- и билиостаза на резекционната повърхност, профилактика на постоперативната билиарна хипертензия посредством външен билиарен дренаж и др. Последното намалява риска от билирагия, както и намалява тежестта на това усложнение.

Ключови думи: чернодробна резекция с голям обем; специфични посторезекционни усложнения; билирагия; билиарна фистула

60. ПОСТОПЕРАТИВНИ ПАНКРЕАТИЧНИ ФИСТУЛИ – РИСКОВИ ФАКТОРИ И ПРЕДИКТОРИ, ПРОФИЛАКТИКА, ПОВЕДЕНИЕ

А.Петреска, К.Драганов, Д.Русенов, Д.Пенчев, С.Лавчев, Г.Ченгалова, Р.Гайдарски
Клиника по чернодробно-жлъчна, панкреатична и обща хирургия
Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница София

Увод: Специфичните постоперативни усложнения (СПОУ) след дуодено-панкреатичните резекции (ДПР) имат непроменяща се за последните 3 декади честота от 40-60%. Водещо място сред тях заема постоперативната панкреатична фистула (ПОПФ).

Цел: Анализ на СПОУ след ДПР с акцент върху ПОПФ.

Материал и методи: За периода 2007-2016 год. вкл. в едноцентрово, ретро-проспективно, контролирано проучване включихме 117 случая на ДПР. Анализирахме 13 показателя с вероятна роля като „рискови фактори“ за патогенезата на ПОПФ – коморбидност, иктер; хепатална и бъбречна функция; остатъчен панкреас; техника на анастомозиране; протективни дренажи; кръвозагуба и др.

Резултати: Ранният постоперативен морталитет беше 3.4% (4/117), а СПОУ - 38.5% (45/117). Регистрирахме 25 ПОПФ (21.4%), които показаха зависимост от тежката съпътстваща коморбидност, степен и давност на иктера, характеристиките на панкреаса и интраоперативната кръвозагуба. Реоперирахме 3 пациенти (2.5%) – двама за интраабдоминална хеморагия и един за инсуфициенция на гастро-йеюностомията.

Дискусия и заключение: Базирайки се на проучването ни и на данните от литературата считаме, че: (1) ДПР е оправдана при болни без тежка коморбидност, със съхранена чернодробна и бъбречна функция и след предоперативно повлияване на иктера; (2) Възрастта > 70 год. сама по

себе си и не е рисков фактор за СПОУ; (3) Диаметърът на d. pancr. major ≥ 3 mm позволява извършването на „duct-to-mucosa anastomosis” - основна профилактика на ПОПФ; (4) Такива фактори се явяват и поддържащия шев на панкреатичния чукал при „soft pancreatic tissue”, както и външното протективно дрениране на панкреатичната анастомоза; (5) Малката по обем интраоперативна хеморагия, дори и за сметка на удълженото оперативно време, гарантира ниска честота на СПОУ.

Ключови думи: дуодено-панкреатична резекция; иктер; специфични постоперативни усложнения
постоперативна панкреатична фистула

61. УКРЕПВАНЕ НА ПАНКРЕАСНИЯ ОСТАТЪК С ЦЕЛ РЕДУКЦИЯ ЧЕСТОТАТА НА ПАНКРЕАТО-ИЕЮНАЛНА ИНСУФИЦИЕНЦИЯ. РЕЗУЛТАТИ В ГРУПА ОТ 99 ПАЦИЕНТИ.

Маринов В, Гайдарски Р, Драганов К.Кътев Н.Н.

Клиника по Чернодробно-Жлъчна, Панкреатична и Обща Хирургия. Аджъбадем Сити Клиник
Токуда Болница София ЕАД

Увод. Инсуфициенцията на панкреато-иеюностомията след десни резекции на панкреаса остава актуален проблем в светлината на постоянно увеличаващият се брой пациенти подложени на тази процедура. Предложената от проф. Гайдарски методика за налагане на матричен обвивен шев на панкреасния остатък дава алтернатива за конструиране на тази рискована анастомоза.

Цел. Поставихме си за цел да проучим честотата и тежестта на панкреато-иеюналните инсуфициенции при пациенти с наложен обвивен матричен шев на панкреасния остатък след проксимални панкреато-дуоденални резекции.

Материал и метод. Проучена е група от 99 пациента с еднотипно конструирани панкреато-иеюнални анастомози. Като критерий за тежестта на панкреасните инсуфициенции е използвана класификацията на ISGPF 2005г. Проучена е структурата по пол, среден болничен престой и тежест на панкреасните фистули. Използвани са всички клиничко-лабораторни и образни методи на изследване.

Резултати. В проучваната група при 13 (13.13%) е доказано наличието на различно по тежест панкреасно изтичане с изследване на панкреасна амилаза от дренажите. Периоперативният леталитет възлиза на 4.04%. Преобладаващият брой на панкреасните фистули е Grade A, третиран консервативно.

Изводи. Предложената от проф. Гайдарски методика за налагане на матричен обвивен шев на панкреасния остатък дава надежда за постигане на приемливи нива на панкреасно фистулизиране. Рядко се наблюдават тежки инсуфициенции налагащи оперативни ревизии.

Ключови думи: панкреас, резекция, фистула, панкреато-иеюностомия

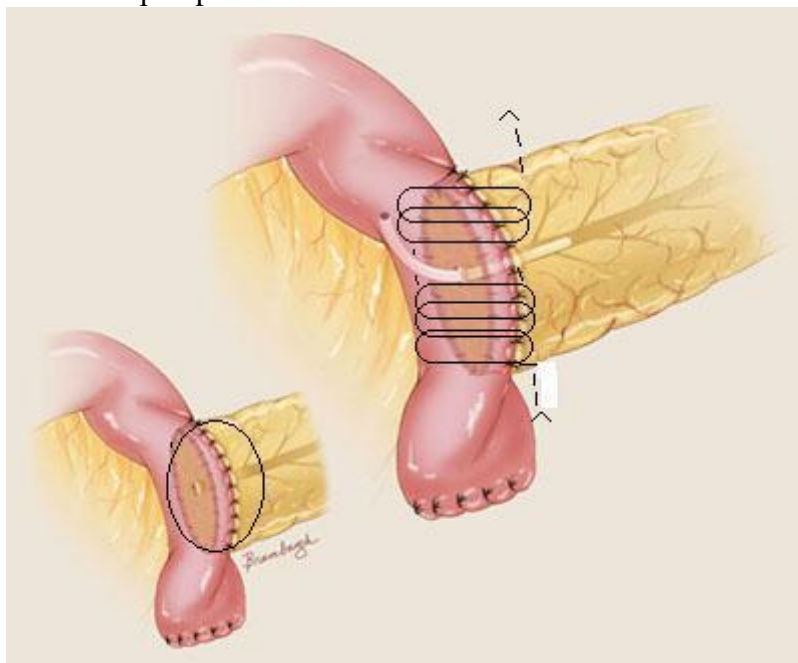
УВОД. През последното десетилетие се наблюдава непрекъснато увеличаване на извършените проксимални панкреато-дуоденални резекции. От една страна глобалното повишаване на честотата на панкреасния карцином, а от друга по-ранното и екзактно диагностициране прави възможно увеличаване на операбилните случаи. Хирургията на панкреаса е вече обичайна практика за много хирургични звена. С подобряване на хирургичните техники все-повече гранични случаи са подлагани на резекции. Факт е, че до голяма степен периоперативният морбидитет зависи много от панкреато-иеюностомията.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Извършен е ретроспективен анализ на група от 99 пациенти с проксимални дуодено-панкреатични резекции в Клиника по Чернодробно-Жлъчна, Панкреатична и Обща Хирургия на Аджъбадем Сити Клиник Токуда Болница София ЕАД. При всички болни панкреато-иеюналната анастомоза е била конструирана след предварително налагане на матричен обвивен шев на панкреасния остатък и протезиране на общия панкреасен канал. Като критерий за тежестта на панкреасното изтичане е използвана класификация на ISGPF 2005г.

РЕЗУЛТАТИ. Описание на методиката. След транссекцията на панкреаса се въвежда катетър в общия панкреасен канал и се фиксира с шев PDS 4/0. За обшиването на жлезата използваме плетен

или монофилен резорбируем шевен материал 2/0. Обикновено шевната линия започва от каудалния ръб и продължава краниално, като се обшива цялата дебелина на панкреасния паренхим и капсулата на жлезата. Наличието на катетър в панкреасния канал не позволява да бъде компримиран от шевната линия. След достигане на краниалния ръб, шевната линия се връща, като стремежът е да не остане панкреасен паренхим необхванат от шева. Практически този шев играе ролята на скеле на анастомозата и не позволява прорязване на панкреасния паренхим от лигатурите на анастомозата. Задължително е дукт-към мукоза анастомозиране. Протезният катетър оставяме в тънкото черво *perdue*. Фиг.1



Фиг.1

Самата анастомоза конструираме с плетен или резорбируем шевен материал 3/0.

Ретроспективно са проучени 99 пациенти с идентично констрируани панкреато-Вирсунго-иеюностомии след налагане на описания обвивен шев на панкреасния остатък. При повечето болни индикация за операцията е панкреасен карцином. По-редки причини са карцином на *Panilla Vateri*, хроничен панкреатит, карцином на дуоденума, локално авансирал процес на дебелото черво с инфилтрация в главата на панкреаса.

Разпределението по пол е почти еднакво с леко преваляване на мъжете в проучваната група. Мъже 55% към жени 45%.

Болничният престой в групата варира между 6 и 35 дни. Среден болничен престой 9,45 дни.

Периоперативният леталитет възлиза на 4,04% (4 болни). При всичките починали пациенти причините не са били свързани с панкреасно фистулизиране (остра хеморагия, БТЕ, инсуфициенция на билиарната анастомоза, остра сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност и др).

При 13 пациенти (13,13%) е било наблюдавано различно по тежест панкреасно изтичане в следоперативния период. Разпределението на пациентите по тежест на панкреасното фистулизиране е показано на табл. 1.

Табл. 1

Тежест на фистулата	Grade A	Grade B	Grade C
Брой пациенти	9	3	1

Както е видно от таблицата преваляват пациентите с тежест на панкреасно изтичане grade A. Тези пациенти са дехоспитализирани в срок и не се е наложило удължаване на болничния престой свързано с панкреасното фистулизиране. Обикновено дехоспитализираме болните с един или 2

контактни дрена. Обичайно тези фистули спонтанно се затварят в срок от няколко седмици и не се налага рехоспитализация по този повод.

При 3 болни е фистулизирането беше класифицирано като grade B по ISGPF. В тези случаи се наложи удължаване на болничния престой, по-продължително инфузионно и антибактериално лечение. В 2 от случаите се наблюдава и перкутанно фистулизиране (изтичане на панкреасен секрет през оперативната рана), но това беше третирано консервативно и не беше необходимо провеждане на оперативни ревизии.

Един пациент беше реопериран по повод масивна панкреаторегия от дренажите и класифициран като grade C. При пациента е извършен обилен лаваж на перитонеалната кухина и редениране. Болничният престой при този пациент е 24 дни.

ОБСЪЖДАНЕ. Факторите асоциирани с по-висок риск от панкреасно фистулизиране са много. Те могат да бъдат асоциирани на първо място със състоянието на панкреаса и патологията, състоянието на пациента и придружаващите заболявания, както и с проведената оперативна интервенция, опита на хирурга и травматичността на процедурата (1-5)

Основен рисков фактор за фистулизиране е плътността на панкреасния паренхим (1,4). При метаанализ от две хиляди ПД резекции, случаите на мек панкреасен паренхим са били асоциирани с 22,6% фистулизиране (6). Като контрапункт могат да бъдат посочени серии на пациенти с хроничен панкреатит и различна по степен фиброза на задстомашната жлеза, където не е било наблюдавано такова усложнение (7,8).

Друг основен рисков фактор е ширината на панкреасния канал (7). Тесният панкреасен канал е асоцииран със сигнификантно по-висок риск от фистулизиране (1,3).

Типът на анастомозата също има отношение към честотата на това усложнение. Според някои автори извършването на дукт-към мукоза анастомозиране е свързано с по-нисък риск от развитие на панкреасни фистули в сравнение с инвагинационни техники (9).

Следва да отбележим, че при всички пациенти в настоящата серия анастомозата е била конструирана по един и същ начин, независимо от патологията. Вероятно случаите на хроничен панкреатит като основна или придружаваща патология с разширен панкреасен канал биха били суфициентни. Общото ниво на панкреасно изтичане от 13,1%, в светлината на превалиране на лекостепенните фистули е сръвнимо с добрите резултати посочени в литературата.

По наше мнение предлаганата методика би могла да влезе в съображение при високорискови пациенти и да бъде добра алтернатива в арсенала на опитния панкреатичен хирург.

ЛИТЕРАТУРА

1. Callery MP, Pratt WB, Vollmer CM. Prevention and management of pancreatic fistula. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2009;13(1):163–173.
2. Yang YM, Tian XD, Zhuang Y, Wang WM, Wan YL, Huang YT. Risk factors of pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy. *World Journal of Gastroenterology*. 2005;11(16):2456–2461.
3. Shrikhande SV, D'Souza MA. Pancreatic fistula after pancreatectomy: evolving definitions, preventive strategies and modern management. *World Journal of Gastroenterology*. 2008;14(38):5789–5796.
4. Lai ECH, Lau SHY, Lau WY. Measures to prevent pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy: a comprehensive review. *Archives of Surgery*. 2009;144(11):1074–1080.
5. Pecorelli N, Balzano G, Capretti G, Zerbi A, Di Carlo V, Braga M. Effect of surgeon volume on outcome following pancreaticoduodenectomy in a high-volume hospital. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2011;16(3):518–523.
6. Lin JW, Cameron JL, Yeo CJ, Riall TS, Lillemoe KD. Risk factors and outcome in post pancreaticoduodenectomy pancreaticocutaneous fistula. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2004;8:951–959.
7. Van Berge Henegouwen MI, De Wit LT, Van Gulik TM, Obertop H, Gouma DJ. Incidence, risk factors, and treatment of pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy: drainage versus resection of the pancreatic remnant. *Journal of the American College of Surgeons*. 1997;185(1):18–24.
8. Matsusue S, Takeda H, Nakamura Y, Nishimura S, Koizumi S. A prospective analysis of the factors influencing pancreaticojejunostomy performed using a single method, in 100 consecutive pancreaticoduodenectomies. *Surgery Today*. 1998;28(7):719–726.

9. Suzuki Y, Fujino Y, Tanioka Y, et al. Selection of pancreaticojejunostomy techniques according to pancreatic texture and duct size. *Archives of Surgery*. 2002;137(9):1044–1048.

62. СЛЕДОПЕРАТИВНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ПЛАНОВА РЕЗЕКЦИОННА ХИРУРГИЯ НА ПАНКРЕАСА В НЕПРОФИЛИРАНА КЛИНИКА

А. Сароглу, Г. Ганчев, Ал. Юлиянов

Отделение по Хирургия, Болница Тракия, Стара Загора, България

ВЪВЕДЕНИЕ: Исторически схващанията за взимовръзките между годишния брой извършвани операции в резекционната панкреасна хирургия и постоперативните резултати предполагат добри резултати във профилирани центрове, извършващи над 20 интервенции годишно. Данни от последните години поставят под въпрос актуалността на тази концепция. Цел на настоящето проучване е да се анализират постоперативните резултати от резекционна хирургия на панкреаса в непрофилирана клиника.

ПАЦИЕНТИ И МЕТОДИ: За период от дванадесет години (до Декември 2016) 298 пациенти са претърпяли планова панкреасна хирургия, като 70 (23,4%) от тях са били подложени на резекционна/голяма панкреасна хирургия. Интервенциите обект на проучването са: панкреатодуоденектомия, дистална панкреактомия, както и операциите на Beger, Frey и Partington.

РЕЗУЛТАТИ: Разпределението на пациентите според извършените интервенции е както следва: панкреасна резекционна процедура е извършена при 67 пациенти и операция на Partington при 3 пациенти. Съдова и / или мултивисцерална резекция на съседни органи са извършени при 14 пациенти (20%). Общата постоперативна заболеваемост е 30% (n= 21). Според Dindo-Clavien са регистрирани усложнения от степен I при 6 пациенти, от степен II – при 9 пациенти. Усложнения от III степен изискващи реоперация са настъпили при 6 пациенти (8,5%) - пет от тях, са реоперирани по повод инфектирана интраабдоминална колекция, като следствие на панкреасна фистула степен В по ISGPF (4 след панкреатодуоденектомия, 1 след дистална панкреатоспленектомия), един пациент реоприран по повод ранен постоперативен адхезивен илеус. Постоперативната смъртност до 90-ден е 1,4% (1 пациент без усложнения почина на 7-ми следоперативен ден от внезапна сърдечна смърт). Средният следоперативен болничен престой е 9 дни за пациентите без усложнения и 19 дни за пациентите с усложнения. Не са регистрирани рехоспитализации в рамките на 90 дни постоперативно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Резекционна/голяма елективна панкреасна хирургия е възможно да бъде извършвана в непрофилирани центрове със следоперативни резултати, еквивалентни на тези, съобщени от профилираните институции. Причини, различни от годишният брой операции явно играят важна роля и трябва да бъдат детайлно проучени, за да се обяснят аргументирано значителните разлики в постоперативните заболеваемост и смъртност между центровете, извършващи панкреасна хирургия.

63. РАННИ И КЪСНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ХИРУРГИЯ НА ХИАТАЛНА ХЕРНИЯ. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР И НАШ КЛИНИЧЕН ОПИТ.

П. Бобев, Р. Маджов, Н. Цолов, Д. Стойков, Ю. Калчева, И. Минев.

МБАЛ "Св. Анна-Варна" АД, Клиника коремна хирургия. Втора коремна хирургия.

УМБАЛ "Св.Марина" ЕАД, Втора клиника по хирургия.

Увод: През 1919 г. Angelo Soresi първи съобщава за планово оперативно лечение на хиатална херния. През 1991 г. Dellemagne съобщава за първата лапароскопска фундопликация по Nissen. Според съвременните разбирания, метод на избор в хирургията на хиаталната херния е възстановяването на хранопроводния отвор на диафрагмата, последвано от пълна или непълна фундопликация. Следоперативните усложнения биват:

А) Ранни (интра- и периперативни)-гастроезофагеална перфорация, пневмоторакс, дисфагия, кървене, тромбоемболични инциденти и др. Те са свързани предимно с протичането на

оперативната интервенция (достъп, обем, травматичност, времетраене и др.) и влиянието и върху коморбидитета.

Б) Късни–рецидиви на оплакванията (дисфагия, киселини, регургитация, кашлица и др.) и поява на нови оплаквания (диария, повръщане, бързо засищане, обилно оригване или невъзможност за такова, обилна флатуленция, подуване на корема и др.). Те са свързани предимно с подбора на оперативна методика на базата на обективни (ФЕГДС, рентгеноконтрастно изследване, ДЕС манометрия, рН-метрия и др.) и субективни критерии (оплаквания на пациента, задълбочено теоретично познаване на проблема, практически опит на хирурзите и др.).

Материали и методи: За периода 2010-2016 г. в клиниката по коремна хирургия са извършени 89 операции по повод на хиатална херния. Извършени са 7 повторни операции (4 по повод рецидив на хиаталната херния и ГЕР, 2 по повод на рефлуксна симптоматика рефрактерна на медикаментозно лечение и 1 по повод на клинични и образни данни за свличане на фундопликата). При амбулаторното проследяване се установиха 2 пациента с псевдоахалазия. При единият успешно приложена балонна дилатация, а вторият бе опериран в друго болнично заведение.

Резултати и дискусия: Въпреки усъвършенстваната техническа обезпеченост и големия практически опит, все още съобщаваната честота на далечните усложнения е твърде голяма (2-17%), а честота на повторна антирефлуксна хирургия достига 10 %. Съобщенията в литературата са твърде разнопосочни, а международните консенсуси прекалено общи и не могат да унифицират хирургичното поведение, поради факта, че проблемът е функционално -анатомичен и трудно може да бъде вкаран в догматични рамки.

Увод: Хиаталната херния и нейните усложнения (ГЕРБ, баретов хранопровод, злокачествена дегенерация, анемия, кървене горен ГИТ, перфорация и др.) е едно от най-често срещаните заболявания на горния ГИТ, описано за първи път от Morgagni през 1761г. През 1919 г. Angelo Soresi първи съобщава за планово оперативно лечение на хиатална херния. През 1991 г. Bernard Dellemagne съобщава за първата лапароскопска фундопликация по Nissen[1,5]. От 1994 до 1997г, честотата на извършените фундопликации в САЩ нараства от 4.4/100000 на 12/100000, като процентът на лапароскопските фундопликации нараства от 1 на 64%[5]. Според съвременните разбирания, метод на избор в хирургията на хиаталната херния е възстановяването на хранопроводния отвор на диафрагмата, последвано от пълна или непълна фундопликация. Тази методика осигурява анатомично и функционално възстановяване и контрол на езофагеалната и екстраезофагеалната симптоматика на заболяването. Въпреки усъвършенстваната оперативна техника, следоперативните рецидиви на оплакванията, появата на нови такива, обективно установените рецидиви на хиатална херния и/или ГЕР достигат 5-26%, като около 5-10% от оперираните пациенти се нуждаят от ревизионна хирургия[4,5,6,14,10]. По-голямата част от реоперациите се извършват в двугодишния период след първата операция.

Следоперативните усложнения биват:

А) Ранни (интра- и периоперативни)[1,4,14,24]:

1. Гастроезофагеална перфорация: Честотата по литературни данни 1-2%
2. Ранна дисфагия. Най-често се дължи на прекомерно стегнат фундопликат и се среща в 1-2% от случаите.
3. Лезия на медиастинална плевра.
4. Плеврални изливи(3%).
5. Интра и/или следоперативно кървене (лезия на слезка - 1%, черен дроб, vasa gastrice breves и др).
6. Сърдечна тампонада[3].
7. Тромбоемболични инциденти 2%
8. Други.

Ранните усложнения са свързани предимно с протичането на оперативната интервенция (достъп, обем, травматичност, времетраене, грешки при изпълнението на съответната оперативна техника и др.), и влиянието на самата оперативна намеса върху коморбидитета.

Б) Късни[2,5,10,14,15,24]:

1. Рецидив на заболяването[5]. Обикновено се дължи на:

- неадекватно формиран езофагеален отвор на диафрагмата
- неадекватно реконструиран долен езофагеален сфинктер
- разгъване на фундопликата[5].

Диагностиката на рецидива е аналогична на тази при нелекувано и недиагностицирано заболяване, а лечението стандартно е медикаментозно в началото с евентуална последваща реоперация.

2. Миграция на фундопликата в медиастинума[5].

3. Свличане на фундопликата

4. Стеноза на фундопликата[6,7].

5. Комбинация от горните[10].

По литературни данни дефектните фундоплики след пълна фундопликация по Nissen-Rossetti достигат 22% [18]. Късните усложнения се проявяват субективно като рецидиви на оплакванията (дисфагия, киселини, регургитация, кашлица и др.) и/или поява на нови оплаквания (одинфагия, диария, гадене, повръщане, бързо засищане, обилно оригване или невъзможност за такова, обилна флатуленция, подуване на корема и др.)[9]. Тежестта на тази симптоматика варира от леко набелязана до изтощаваща пациента[2]. По литературни данни, рефлуксните оплаквания са тези, които карат пациентите да определят проведеното оперативно лечение като неуспешно[18]. Реоперациите по повод на неуспешна антирефлуксна хирургия са с честота 2.8-8.5% [6,17], като постепенно лапароскопските реоперации се налагат като първи метод на избор[16,17]. Сравнително по-трудна за диагностика и подбор на адекватно лечение е появата на нови оплаквания у пациентите, която обикновено е резултат на неадекватно подбрана или недобре изпълнена оперативна методика, недостатъчен опит на хирурга, индивидуални особености на пациента[2,4,10,14,20,24].

Ранно засищане. Това е най-честия страничен ефект след извършване на фундопликация (до 96%).

Пациентите не го определят като инвалидизиращ и обикновено нагаждат хранителните си навици към него, като след първата година честотата на съобщаване спада до 87%. Поради факта, че не води до загуба на тегло, не се налага лечение. Честотата му е по-ниска при непълните фундопликации, което сочи степента на намаляване на ефективния обем на стомаха като вероятна причина, още повече, че радионуклидните сцинтиграфски изследвания показват ускоряване на изпразването на стомаха след фундопликация[11,23].

Дисфагия: Среща се в 5-44% от случаите, като по-често (54%) се среща при пациенти с пълна фундопликация, а по-рядко при пациенти с непълна фундопликация (16%). С течение на времето тези проценти намаляват [11,19]. Изолираната дисфагия обикновено е израз на влошен езофагеален клирънс при нормално или повишено налягане на ДЕС в резултат на стеноза на фундопликата[4,13,21]. Оперативно лечение се налага, ако оплакванията не отзвучат спонтанно или след балонни дилатации в рамките на 6м. Често дисфагията е съчетана и с рецидив на рефлуксните оплаквания с вероятна причина свличане на фундопликата. В такива случаи метод на избор е оперативната реконструкция. Според немалка част от авторите, дисфагията е по-рядко усложнение при непълните фундопликации[11,13,16,18] и е в правопрпорционална връзка и с дължината на фундопликата[18,19]. Според някои автори в около 2-10% от случаите да се дължи на увреда на вагалните нерви по време на оперативната интервенция[22].

Невъзможност за оригване или повръщане: Около 19-36% от пациентите съобщават за невъзможност за оригване и 31-63% за невъзможност за повръщане след фундопликация по Nissen-Rossetti[11,12,18,19]. 79% от пациентите с този тип оплаквания съобщават и за обилна флатуленция. Според някои автори[20] нарушената способност за оригване или повръщане е по-силно изразена след лапароскопските методики. В литературата доста се обсъжда връзката между този симптом и разделянето/неразделянето на vasa gastricae breves[12,4]. Подробни, двойно-слепи, рандомизирани пручвания напоследък достигат до извода, че точно този етап от фундопликацията не е определящ по отношение на дисфагичните оплаквания[12,20].

Обилна флатуленция. Свързва се с персистиране на предоперативния навик за често преглъщане на алкална слюнка с цел облекчаване на рефлукса, водещ до значителна аерофагия. След преустановяване на ГЕР, навикът за често преглъщане остава, което причинява обилна флатуленция. Пациентите определят това като притеснително и социално значимо усложнение.

Честотата му достига до 67-90%[18,19,20]. При тези пациенти обикновено образната диагностика разкрива интактен фундопликат, като тежестта на оплакванията е в правопрпорционална корелация с дължината и налягането на фундопликата[18,19]. Степента на изязвата на симптома е свързана и с предоперативната продължителност на рефлукса. Обикновено отзвучава спонтанно или след съответна терапия от психолог.

Балониране на корема: Среща се в 15-21%[17,18,19], а според някои 63%[20] от случаите според дължината и налягането на фундопликата[18].

Диария: Достига до 25%. Обикновено отзвучава спонтанно и е свързана с интраоперативна тракционна увреда на вагалните нерви или описаното в литературата ускорено стомашно изпразване след фундопликация. Около половината пациенти със следоперативна диария са претърпяли предходна холецистектомия[15].

Материали и методи: За периода 2010-м. март 2017 г. в клиниката по коремна хирургия са извършени 89 операции по повод на хиатална херния. 41(46%) от тях са извършени по лапароскопска методика. Конверсия се е наложила при 6 болни(14.6%)[6]. Пет от конверсиите са се наложили поради анатомични особености на пациента(хабитус, тежки сраствания, липса на сотатъчен опит у екипа и др.). При един пациент се наложи конверсия поради кървене от *vasa gastricae breves*, което не можа да се овладее консервативно. По спешност са оперирани 9 пациента(10.1%). От оперираните по спешност пациенти един (11.1%) е опериран по повод на инкарцерация на синхронна параезофагеална херния, двама (22.2%) по повод на синхронен стомашен волвулус без некроза на стомаха, един(11.1%) по повод на синхронен стомашен волвулус с тотална некроза на стомах и дистален хранопровод, пет (56.2%) по повод на консервативно неовладяно кървене от хернирания орган (кардия, фундус, дори *bulbus duodeni*). В настоящата статистика не включваме операциите, при които хиаталната херния е установена като случайна находка. Извършените оперативни интервенции са както следва:

- 1) Крурорафия с пълна фундопликация по Nissen-Rossetti – 28 операции (31.5%).
- 2) Семифундопликация – 26 операции (29.2%).
- 3) Операция на Lortat-Jacob – 33 операции(37%).
- 4) Семпла крурорафия – 2 пациента (2.2%).

В спешен порядък пълна или непълна фундопликация не е извършвана. Починали са двама пациента оперирани по спешност(22.2% от спешните и 2.24% от всички пациенти). Причина за смъртта е била ендотоксичен шок на фона на перитонит и декомпенсация на хронична, придружаваща кардиопулмонална патология. Не са наблюдавани смъртни случаи сред планово оперираните болни. При един от пациентите оперирани лапароскопски по време на либерирането на систалния хранопровод настъпи лезия на медиастиналната плевра, която бе сутурирана без да се наложи конверсия или поставяне на плеврален дренаж. При 16(17.97%) пациента в ранния следоперативен се установи малък плеврален излив, предимно в ляво, който не налагаше плеврален дренаж. Амбулаторното проследяване има следните характеристики: На 57(64%) пациента е извършено контрастно изследване на горен ГИТ в края на втори месец след операцията, а на 33 (37%) е извършено контрастно изследване на 6-ти месец след операцията. Извършени са 7(7.8%) повторни операции(4 по повод рецидив на хиаталната херния и ГЕР, 2 по повод на рефлуксна симптоматика рефрактерна на медикаментозно лечение и 1 по повод на клинични и образни данни за свличане на фундопликата). Всичките реоперации бяха извършени по конвенционална методика[16]. Показанията за реоперация бяха поставяни на базата на субективни оплаквания, рентгеноконтрастна диагностика, КАТ и ФЕГДС. При амбулаторното проследяване се установиха 2 пациента с псевдоахалазия. При единият успешно приложена балонна дилатация, а вторият бе опериран в друго болнично заведение.

Резултати и дискусия: Лапароскопската антирефлуксна хирургия с бързи темпове измества конвенционалната, не само ката първична оперативна методика, но и като методики за реоперация. За да се спечелят разбиранията на терапевти и пациенти, че оперативното лечение е единствената алтернатива на рефрактерните на медикаментозно лечение форми на GERD и единственото лечение на хиаталната херния, страничните ефекти в дългосрочен план трябва да бъдат минимализирани[19]. Въпреки усъвършенстваната техническа обезпеченост и големия практически опит, все още съобщаваната честота на далечните усложнения е твърде голяма(2-

17%), а честота на повторна антирефлуксна хирургия достига 10 %. Съобщенията в литературата са твърде разнопосочни, а международните консенсуси прекалено общи и не могат да унифицират хирургичното поведение, поради факта, че проблемът е функционално-анатомичен и трудно може да бъде вкаран в догматични рамки.

Референции:

- 1) Lee Swanstrom, MD, Robert Wayne, MD, Portland, Oregon. Spectrum of Gastrointestinal Symptoms After Laparoscopic Fundoplication. *The American Journal of Surgery*, Volume 167 May 1994.
- 2) F. Henry Ellis Jr., MD, PhD, Boston, Massachusetts. Controversies Regarding the Management of Hiatus Hernia. *The American Journal of Surgery*, Volume 139 Jun 1980.
- 3) Beat Peter Müller-Stich, M.D., Georg Linke, M.D., Bettina Leemann, M.D., Jochen Lange, M.D., Andreas Zerz, M.D. Cardiac tamponade as a life-threatening complication in antireflux surgery. *The American Journal of Surgery* 191 (2006) 139–141.
- 4) Colm Power, F.R.C.S.I., Donal Maguire, M.D., Oliver McAnena, M.Ch. Department of Surgery, University College Hospital, Galway, Ireland Department of Academic Surgery, Trinity Centre, St. James Hospital, Dublin 8, Dublin, Ireland. Factors contributing to failure of laparoscopic Nissen fundoplication. *The American Journal of Surgery* 187 (2004) 457–463.
- 5) Kathryn F. Hatch, M.D., Michael F. Daily, M.D., Brent J. Christensen, M.D., Robert E. Glasgow, M.D. Failed fundoplications. *The American Journal of Surgery* 188 (2004) 786–791.
- 6) C. Daniel Smith, MD, David A. McClusky, MD, Murad Abu Rajad, MD, Andrew B. Lederman, MD, and John G. Hunter, MD. When Fundoplication Fails Redo? *Annals of Surgery*, Volume 241, Number 6, June 2005.
- 7) Luigi Bonavina & Davide Bona & Greta Saino & Claudio Clemente. Pseudoachalasia occurring after laparoscopic Nissen fundoplication and crural mesh repair. *Langenbecks Arch Surg* (2007) 392:653 – 656.
- 8) Dr Ananya Mandal, MD. Diagnosis of Gastro-Esophageal Reflux Disease (GERD). Aug 12, 2012. *Medical life sciences news*. (Savary-Miller grading).
- 9) David B Skinner, Peter Klementsich, Alex G. Little, Tom R. Demeester, and Ronald R.H. Belsey. Assessment of Failed Antireflux Repairs. *Esophageal disorders: Pathophysiology and therapy*. New York, 1985.
- 10) Tom R. Demeester, M.D., Ching-I Wang M.D. (by invitation), Jeirge E. Wornly, M.D., (by invitation), Carlos A. Pellegrini, M.D. (by invitation), Alexander A. Little, M.D. (by invitation), Peter Klementsich, M.D. (by invitation), Gustavi Bermudez M.D. (by invitation), Lawrence F. Johnson, M.D. (by invitation), and David B. Skinner, M.D., Chicago III. Technique, indications and clinical use of 24 hour esophageal pH monitoring. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, Saint Louis, Volume 79, No 5, pages 656-667, 1980.
- 11) Shahzad S. Karim, MD, Ormond N. Panton, Sonny Dong, MD, Carol Storseth, MBBS, Richard J. Finley, MD, Andrew J. Graham, MD, RN, Joanne Clifton, BA, Delta, British Columbia. Comparison of Total versus Partial Laparoscopic Fundoplication in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *The American Journal of Surgery*, Volume 173, May 1997.
- 12) Emmanuel Chrysos, M.D., Ph.D., Anastasios Tzortzinis, M.D., John Tsiaoussis, M.D., Ph.D., Helias Athanasakis, M.D., John-Sophocles Vassilakis, M.D., Ph.D., Evaghelos Xynos, M.D., Ph.D. Prospective randomized trial comparing Nissen to Nissen-Rossetti technique for laparoscopic fundoplication. *The American Journal of Surgery* 182 (2001) 215–221.
- 13) Nathaniel J. Soper, MD, and Deanna Dunnegan, RN. Anatomic Fundoplication Failure After Laparoscopic Antireflux Surgery. *ANNALS OF SURGERY* Vol. 229, No. 5, 669–677.
- 14) R. Pointner. LAPAROSCOPIC REFUNDOPLICATION: SURGICAL INTERVENTION AFTER FAILED ANTIREFLUX OPERATIONS.
- 15) Riaz AA, Kosmoliaptsis V and Meyrick-Thomas J. Laparoscopic Fundoplication: Not a Simple Rap. *British Journal of Medical Practitioners*, June 2009, Volume 2, Number 2.
- 16) Rudolph Pointner, MD, Tanja Bammer, MD, Peter Then, MD, Thomas Kamolz, PhD, Zell am See, Austria. Laparoscopic Refunduplications after Failed Antireflux Surgery

- 17) Markku Luostarinen, M.D. From the Department of Clinical Sciences, University of Tampere and Department of Surgery, Tampere University Hospital, Tampere, Finland. Nissen Fundoplication for Reflux Esophagitis. Long-Term Clinical and Endoscopic Results in 109 of 127 Consecutive Patients.
- 18) John G. Hunter, M.D., F.A.C.S.,* Lee Swanstrom, M.D., t and J. Patrick Waring, M.D.t From the Departments of Surgery* and Gastroenterology,t Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia; and the Department of Surgery, Oregon Health Sciences University,t Portland, Oregon. Dysphagia After Laparoscopic Antireflux Surgery The Impact of Operative Technique.
- 19) Tuomo K. Rantanen, MD; Jarmo A. Salo, MD; Jukka T. Salminen, MD; Ilmo H. Kellokumpu, MD. Functional Outcome After Laparoscopic or Open Nissen Fundoplication A Follow-up Study.
- 20) David I. Watson, M.B., B.S., F.R.A.C.S., Gregory K. Pike, Ph.D., Robert J. Baigrie, M.D., F.R.C.S., George Mathew, M.S., Peter G. Devitt, M.S., F.R.C.S., F.R.A.C.S., Robert Britten-Jones, M.B., B.S., F.R.C.S., F.R.A.C.S., and Glyn G. Jamieson, M.S., F.A.C.S., F.R.A.C.S. From the Royal Adelaide Centre for Endoscopic Surgery and the University Department of Surgery, Royal Adelaide Hospital, Adelaide, South Australia, Australia. Prospective Double-Blind Randomized Trial of Laparoscopic Nissen Fundoplication With Division and Without Division of Short Gastric Vessels.
- 21) Drausio Jeferson MORAIS, Luiz Roberto LOPES, Nelson Adami ANDREOLLO. Dysphagia after antireflux fundoplication. Endoscopic, radiological and manometric evaluation. ABCD Arq Bras Cir Dig Original Article. 2014;27(4):251-255.
- 22) Maud Y. A. Lindeboom, MD, PhD, Jan Ringers, MD, Pieter J. J. van Rijn, MD, Peter Neijenhuis, MD, Marcel P. M. Stokkel, MD, PhD, and Ad A. M. Masclee, MD, PhD. Gastric Emptying and Vagus Nerve Function After Laparoscopic Partial Fundoplication.
- 23) Щерю Щерев. Съвременен подход при хирургично лечение на хиатални хернии.

64. ЛАПАРОСКОПСКА ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИСЕН ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ХИАТАЛНИТЕ ХЕРНИИ И ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛНИЯТ РЕФЛУКС. ГРЕШКИ, ОПАСНОСТИ И УСЛОЖНЕНИЯ.

Toni Ivanov Stoyanov¹, Pablo Sarduy Frenandez¹, Paloma Casado Santamaria¹, Elias Garcia-Grimaldo¹, Emilio Corral-Fernandez¹, Antonio Melero-Abellan¹, Ana Sanchez Mozo¹, Kaloyan Tonev Ivanov², Slaveiko Bogdanov³, Pencho Tonchev Tonchev³

¹Department of Surgery, General Hospital of Villarobledo.

²Department of Surgery MBAL – Medica, Ruse.

³Department of Surgery and Anesthesiology, UMBAL «D-r Georgi Stranski», Pleven.

Хиаталната херния е често срещано разстройство. Тя се характеризира с протрузия на която и да е коремна структура, различна от хранопровода в гръдната кухина през hiatus esophageus.

От ноември 2009 до януари 2017 в отделението по обща и дигестивна хирургия на многопрофилната болницата на Villarobledo при 46 пациента е извършен лапароскопска фундопликация по Nissen. От тях 36 пациента са били с хиатална херния, 7 болни гастро-езофагеален рефлукс и 3 пациенти с хранопровод на Barrett. Средното оперативно време е било 90 ± 31 минути. Средното време за проследяване на пациентите е било 3 години.

Наблюдани са следните усложнения : дистална перфорация на хранопровода 1 пациент, следоперативна хеморагия от далака изискваща спешна лапаротомия 1 болен, дисфагия в ранният и късният следоперативен период неизискващи хирургична корекция, третирани медикаментозно. Лапароскопската фундопликация по Нисен все повече се налага като златен стандарт в лечението на хиаталните хернии и гастро езофагеалния рефлукс. Въпреки добрите слеоперативни резултати в контрола на гастро-езофагеалния рефлукс и малкият процент рецидиви, поради специфичните умения изисквани от хирурга, следоперативно могат да бъдат наблюдавани животозастрашаващи усложнения. Поради което считаме, че времето на кривата на обучение трябва да бъде под ръководството на опитен хирург в този вид патология

Въведение:

Bowditch първи публикува описание на хиатална херния през 1853 г. През 1919 г., Soresi е първият, който извършва хирургична редукция на хиаталната херния, и сатура на диафрагмалните

крачета(1). През първата половина на 20 век, постепенно се установява и връзката между гастроезофагеалният рефлукс и хиаталната херния. През 1956 г. Нисен описва фундопликацията за първи път(2), а през 1957 г., Колис публикува трансторакалната гастропластика и процедурата за удължаване на хранопровода (3).

Етиологията на хиаталната херния не е напълно ясна, но съществуват два потенциални механизми които предразполагат нейното появяване: гастроезофагеалният рефлукс (ГЕРБ) води до фиброза и скъсяване на хранопровода и като резултат тракция на гастроезофагеалното съединение в медиастинума и развитие на хиатална херния. Хроничното положително налягане върху диафрагмалният хиатус със склонност към херниране води до преместване стомаха гръдната кухина, и развитие на ГЕРБ(4).

Хиаталните хернии се класифицират по вид, както следва:

-тип I плъзгаща херния.

- тип II параезофагеална херния (5%)

-тип III смесена плъзгаща и параезофагеална херния

-тип IV херниране на допълнителни органи (дебелото черво, оментум,

далак)(5).

Гигантски хиатална херния е херния, която включва поне 30% от стомаха в гръдният кош, въпреки че еднаква дефиниция не съществува. Най-често, гигантската херния е херния тип III с плъзгаща се хиатална херния с параезофагеален компонент(4).

Материал и Методи:

От ноември 2009 до януари 2017 в отделението по обща и дигестивна хирургия на многопрофилната болницата на Villarobledo при 46 пациента е извършен лапароскопска фундопликация по Nissen. От тях 36 пациента са били с хиатална херния, 7 болни гастро-езофагеален рефлукс и 3 пациенти с хранопровод на Barrett. Средното оперативно време е било 90 ± 31 минути. Средното време за проследяване на пациентите е било 3 години. От тях 24 са били мъже и 22 жени. Средната възраст на пациентите е била 63 години (25-84г.). Средният болничен престой е бил 5 (1 - 43) дни. Четиридесет и четири пациента са оперирани лапароскопски и 2 са оперирани конвенционално. При единият от конвенционално оперираните пациенти в същото хирургично време е извършена и дясна хемокоектомия поради апендикуларно мукоцеле. При лапароскопско оперираните пациенти при двама е извършена конверсия интраоперативно: 1 пациент поради ексцесивно абдоминално затлъстяване, а при другият пациент поради гигантска хиатална херния. Рутинно са използвани 5 порта, като в единични случаи поради технически трудности са използвани 6 или 7 порта. От болните с хиатална херния 26 са били с тип 1 херния, 1 пациент с тип 2 херния и 9 болни с тип 3 херния. При 5 пациента е извършена и едновременна холецистектомия поради холелитиаза. При 2 пациенти с тип 3 херния е извършена пластика на hiatus esophageus с титаниево платно. При всички болни с данни за гастроезофагеален рефлукс е извършвана преоперативно есофагеална манометрия и рН метрия.

Наблюдавани са следните усложнения:

- Перфорация на дисталният хранопровод при 1 пациент, реопериран на 5-ят следоперативен ден, извършена гастро-езофагеална десконекция с езофагостома и хранителна еяностомия поради тежкото състояние на болният. Поради напреднала възраст на пациента впоследствие не е извършена реконструктивна операция за възстановяване за хранителният пасаж поради високият оперативен риск.
- Хеморагия от далака при 1 болен изискваща спешна релапаротомия на вторият слеоперативен ден. Извършена спленектомия. Същият пациент е опериран на 2-та година след операцията за огромна вентрална следоперативна херния.
- Дисфагия в ранния следоперативен период при 5 болни третирана медикаментозно. При един болен се наложило рехоспитализация поради дисфагия. Отбелязваме, че дисфагията и била по силно оизразена на течности отколкото на твърди храни.
- Един болен е реопериран поради стеноза на дисталният хранопровод и рецидив на параезофагеална хиатална херния 1 година след първата оперативна интервенция.

- Един болен е оперативен конвенционално за брид илеус на 4–та година след операцията. Впоследствие същият пациент е опериран след 7 месеца за следоперативна вентрална херния а след 8 месеца за волвулус на цекума, извършена е дясна хемиколектомия.
- Единн пациент е диагностициран 1 година следоперативно с карцином на colon ascendens, извършена дясна хемиколектомия.
- При всички оперирани болни е слеоперативно извършван рутинно гастро-езофагеален пасаж с бариера каша независимо от наличието или липса на оплаквания. При трима болни (6.5%) е установено рецидив на хиаталната херния и данни да гастроезфагеален рефлукс въпреки фундопликацията. От тях двама пациента са били без клинична симптоматика на рефлукс. Пациентите диагностицирани преоперативно и оперирани с хранопровод на Barrett са били в 1 и 2 стадий без данни за метаплазия.
- Ранна слеоперативна смъртност 0%. Един болен (2.2%) е починал на 4- та година слеоперативно от придружаващо заболяване несвързано с първичната операция.

Дискусия:

Лапароскопската фундопликация по Нисен все повече се налага като златен стандарт в лечението на хиаталните хернии и гастро езофагеалният рефлукс.

Едно от предизвикателствата за хирузите третиращи този вид патология е репарацията на хиаталните крачета при големите хиатални хернии. А именно дали да се използва синтетично платно или да се използват собствени тъкани. Въпреки публикациите в литературата, описващи използването на синтетичен постоянен меш бяха насърчаване поради ниския процент на рецидиви, опасността за ерозия на хранопровода от платното до голяма степен е довело до изоставяне използването на синтетичен материал за пластика на hiatus esophageus. Повечето хирурзите смятат, че рецидива на хернията херния е много по-малък проблем от ерозията на хранопровода, което може да се наложи езофагектомия. Следователно, с надеждата да се запазят ползите от платното за подсилване на тъканите , като същевременно минимизират или премахват на възможността за ерозия на хранопровода, интересът в последните години се измества върху използването на биологични резорбируеми платна при големите хиатални хернии(6, 7) .

Друго предизвикателство пред хирурга са рецидивните хиатални хернии, изискват ли те лечение и кога. Много автори смятат, рецидивните асимптоматични хиатални хернии не изискват хирургично лечение и физиопатологията на една малка хиатална рецидивна херния е различна от тази на интрагастрично разположеният стомах преди операцията(8).

Хранопровода на Barrett би следвало да бъде третиран с антирефлуксна операция ако няма данни за метаплазия, поради факта, че тя би затруднила ендоскопското му проследяване след това(9). При нашите оперирани болни не е имало преоперативно данни от хистологията за металазия ха епитела на дисталният хранопровод.

Изводи:

1. Въпреки добрите слеоперативни резултати в контрола на гастро-езофагеалният рефлукс и малкият процент рецидиви, поради специфичните умения изисквани от хирурга, следоперативно могат да бъдат наблюдавани животозастрашаващи усложнения.
2. Поради което считаме, че времето на кривата на обучение трябва да бъде под ръководството на опитен хирург в този вид патология.

1. Stylopoulos N, Rattner DW. The history of hiatal hernia surgery: from Bowditch to laparoscopy. *Annals of surgery*. 2005;241(1):185-93.
2. Nissen R. A simple operation for control of reflux esophagitis. *Schweiz Med Wochenschr* 1956(86(Suppl 20)):590 –2.
3. Collis J. An operation for hiatus hernia with short esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg*1957. p. 768-88.
4. Mitiek MO, Andrade RS. Giant hiatal hernia. *The Annals of thoracic surgery*. 2010;89(6):S2168-73.
5. Landreneau RJ DPM, Santos R. . Management of paraesophageal hernias. *Surg Clin North Am* 2005(85):411-32.
6. Diwan TS, Ujiki MB, Dunst CM, Swanstrom LL. Biomesh placement in laparoscopic repair of paraesophageal hernias. *Surgical innovation*. 2008;15(3):184-7.

7. Oelschlager BK, Pellegrini CA, Hunter J, Soper N, Brunt M, Sheppard B, et al. Biologic prosthesis reduces recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: a multicenter, prospective, randomized trial. *Annals of surgery*. 2006;244(4):481-90.
8. Zehetner J, Demeester SR, Ayazi S, Kilday P, Augustin F, Hagen JA, et al. Laparoscopic versus open repair of paraesophageal hernia: the second decade. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011;212(5):813-20.
9. Oelschlager BK, Barreca M, Chang L, Oleynikov D, Pellegrini CA. Clinical and pathologic response of Barrett's esophagus to laparoscopic antireflux surgery. *Annals of surgery*. 2003;238(4):458-64; discussion 64-6.

65. ОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОТВОРЕНА И РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

Н. Колев, Б. Атанасов, Ж. Атанасов, А. Ванов

Клиника по урология

Медицински университет – Плевен

Увод. Карциномът на простатната жлеза (КПЖ) е най-честия вид рак при мъжете в редица страни. Хирургичното лечение е **най-ефикасният метод** за излекуване. Често пред нашите пациенти и уролози стои въпросът коя хирургична техника за радикална простатектомия (РП) е за предпочитане, какво е нивото на оперативни усложнения. Отговорите на тези въпроси са трудни и данните са все още ограничени поради липса на обширни многоцентрови рандомизирани прочвания.

Цел: Да разгледаме ранните и късни усложнения на пациенти оперирани с отворена, ретропубична и робот-асистирана радикална простатектомия (РАРП), да анализираме данните за тяхните функционални резултати (континентност и ерекtilна функция) в периода на проследяване.

Материали и методи. За период от три години (2011-2014 г.) в Клиника по урология, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ Плевен са оперирани 244 пациенти с ограничен рак на простатната жлеза. При 14% от тях (35 пациенти) е извършена робот-асистирана РП, 199 пациенти са оперирани с отворена РП, а 12 пациенти с лапароскопска РП. Сравнихме следоперативните усложнения на оперираните от първите две групи. В продължение на 12 мес. отчетохме функционалните резултати на оперираните, като от групата с отворена РП налични за проследяване бяха 82 пациенти.

Резултати. Оперативното време беше статистически значимо по-дълго при робот-асистираната група (290 мин. срещу 130 мин.). Кръвозагубата беше статистически значимо по-малка при оперираните с робот пациенти (330 мл. срещу 460 мл.). Престоя на катетъра беше по-къс при пациентите с РАРП. Процента на значими следоперативни усложнения (Clavien-Dindo III-IV) беше 0% при пациентите с РАРП и 3% при пациентите с отворена РП. Статистически значими разлики при проследените пациенти отчетохме по отношение на функционалните резултати континентност и ерекtilна функция, в полза на оперираните с робот. Показатели в двете групи дванадесет месеца след операциите бяха съответно 91% срещу 87% и 46% срещу 40%.

Изводи: Резултатите които получихме показват, че е налице по-малка кръвозагуба, сериозни оперативни усложнения, по-къс катетеризационен и болничен престой при пациентите с РАРП. Налице е по-кратко оперативно време при пациентите с ОРП. Континентността и ерекtilната функция при пациентите оперирани с робот-асистиран метод е сигнификантно по-добра.

Ключови думи: робот-асистирана радикална простатектомия, отворена радикална простатектомия, усложнения

Въведение

През последните години карциномът на простатната жлеза (КПЖ) заема водещо място по честота сред раковите заболявания при мъжете (1). Към момента хирургичното лечение, извършено в ранен стадий на заболяването остава **най-ефикасният метод** за трайно излекуване (2). През последното десетилетие минимално инвазивните хирургични техники навлязоха широко в световната урологична практика. Естественото желание на пациентите и лекарите към все по-

малко инвазивни методи на лечение, а от друга страна изобретенията и усъвършенстването на съществуващите технологии доведоха до въвеждане на роботизираните системи в хирургичната практика.

Радикалната простатектомия (РП) включва отстраняване на простатната жлеза (ПЖ) заедно със семенните мехурчета и евентуално и регионалните лимфни възли. Налице са трудности, които съпровождат извършването на такъв вид операции поради:

- Затруднен достъп поради анатомичното разположение на ПЖ
- Простатата е заобиколена отвсякъде от тъкани, което повишава риска от позитивни хирургични граници и незадоволителни онкологични резултати
- Необходимост от прецизна работа и съхраняване на различни нервни структури за запазване континентността и еректилната функция на пациента
- Използване на множество тъканни шевове и анастомози

Ретропубичната радикална простатектомия е утвърдена оперативна техника с доказани чрез редица рандомизирани клинични проучвания функционални и онкологични резултати. За да бъде приет даден метод като мининвазивен трябва да се наложи като алтернатива на отворената хирургична процедура, осигурявайки сходни или по добри резултати свързани с радикалност, болничен престой, качество на живот, усложнения. Робот-асистираната радикална простатектомия (РАРП) е **най-съвременния оперативен** подход при **КПЖ**. Роботизираните ръце позволяват финни движения почти невъзможни за човешката ръка. В комбинация с триизмерен, изключително детайлен поглед върху оперативното поле е възможно постигане на прецизен контрол върху **нервно-съдовите структури** в близост до простатата и възможност за намаляване на най-честите усложнения след РП – **инконтиненция** и **еректилни дисфункция**.

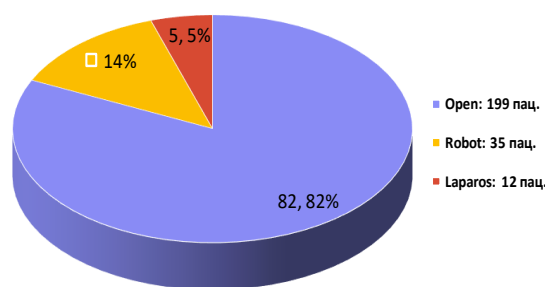
Редица проучвания показват, че роботизираната хирургия предлага по-малка кръвозагуба, по-къс болничен престой, по-ниско ниво на следоперативната болка, по-ниско ниво на усложнения и по-бързо възстановяване в сравнение с отворените операции (Таб. 1) (3,4,5,6,7).

Таблица 1. Анализ сравняващ най-добрите в своя клас литературни данни на резултати от роботизирани и отворени радикални простатектомии

Ход на заболяването	<i>da Vinci</i>	Отворени
Усложнения		
Големи	1.7% ³	6.7% ⁴
Малки	3.7% ³	12.6% ⁴
Болничен престой	1.2 дни ³	3 дни ⁴
Континентност		
3 месец	92.9% ⁶	54% ⁷
6 месец	94.9% ⁶	80% ⁷
12 месец	97.4% ⁶	93% ⁷
Сексуална функция		
12 месец	86% ⁵	71% ⁷

Цел и задачи

Целта на проучването е да сравним следоперативните усложнения при пациенти с отворена и Робот-асистираната радикална простатектомия.



Фигура 1. Разпределение на пациентите по оперативни методи

Материали и методи

За периодът от 2011г. до 2014 г. в Клиника по Урология са извършени 244 радикални простатектомии, като отворените са 199, робот-асистирани 35 и 12 лапароскопски (фиг.1). Оперативните методи на отворената ретропубична радикална простатектомия (ОРП) и РАРП се сравниха по отношение на ранните и късни следоперативни усложнения. Пациентите се проследиха в рамките на 12 месеца, във връзка с функционалното възстановяване на еректилната функция и тяхната континентност.

Резултати

Анализирахме данните на 2 групи пациенти: група 1 - пациенти с ОРП и група 2 с РАРП.

Средната възраст на пациентите в двете групи (1и 2) бяха съответно 61 г. (РАРП) и 65 г. (ОРП). Сигнификантна разлика наблюдавахме при сТ-стадий и обемът на простатната жлеза. Нямаше съществени различия между останалите предоперативни показатели.

Установихме сигнификантно по-късо оперативно време, но по-голяма кръвозагуба при пациентите с отворена простатектомия. Сигнификантна разлика имаше при престоя на катетъра, както и постоперативните значими усложнения (Clavien –Dindo III-IV) (Таблица 2).

Таблица 3. Оперативни показатели и усложнения

Данни	Показател	Робот РП	Отворена РП	p
Оперативно време (минути)	Средно	290 (165-410)	130 (110-230)	p<0.005
Кръвозагуба (мл)	Средно	330 (50-2000)	460 (150-1500)	p<0.005
Катетеризация (дни)	Средно	6 (5-10)	9 (8-17)	p<0.005
Усложнения, %	Clavien-Dindo I-II	13	16	-
	Clavien-Dindo III-IV	0	3	p<0.005

Пациентите с РАРП имаха сигнификантно по-добри функционални резултати и по-малко усложнения (таб. 5).

Таблица 4. Функционални резултати

Проследяване (въпросници)	Робот РП – пац.	Отворена РП – пац. (%)	p
Континентност (0-1 превръзки): след 6 мес. след 12 мес.	31 (89) 32 (91)	66 (81) 71 (87)	p<0.005 p<0.005
Еректилна функция след 12 мес.	12 (46)	33(40)	p<0.005

Обсъждане

В редица публикации се проследяват усложненията след радикална простатектомия. Според метаанализ на Albertsen et al. (8) за РАРП средното оперативно време е 152 м. средната кръвозагуба е 166 мл., като при само 0,2% е извършена постоперативна хемотрансфузия. Средния болничен престой е 1.9 дни, а катетърът е свален след 6.3 дни. Според нашите данни средното оперативно време в групата с РАРП е 290 мин., докато при ОРП е 130 мин., което се дължи на периода на натрупване на начален опит в роботизираната хирургия. Средната кръвозагуба, престоя на катетъра и значимите усложнения са по-ниски в групата с РАРП.

Изводи

От получените резултати от проведеното проучване можем да кажем, че:

- Кръвозагубата и сериозните оперативни усложнения са по-ниски при пациентите с робот-асистирана радикална простатектомия
- По-къс катеризационен и болничен престоя при пациентите с робот-асистирани операции
- При болните с отворен, ретропубичен достъп оперативното време е по-кратко
- Континентността на урината и еректилната функция са сигнификантно по-добри при пациентите оперирани с робот.

Библиография:

1. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999–2013 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2016. Available at: <http://www.cdc.gov/uscs>.
2. Francesco Montorsi, Timothy G. Wilsonb, Raymond C. Rosenc, Thomas E. Ahleringd, Walter Artibanie, Peter R. Carrollf, Anthony Costellog, James A. Easthamh, Vincenzo Ficarra, Giorgio Guazzonij, Mani Menonk, Giacomo Novarai, Vipul R. Patell, Jens-Uwe Stolzenburgm, Henk Van der Poeln, Hein Van Poppel, Alexandre Mottriep. Best Practices in Robot-assisted Radical Prostatectomy: Recommendations of the Pasadena Consensus Panel. European Urology, Volume 62 Issue 3, September 2012, Pages 368-381
3. Tewari A, Srivastava A, Menon M, members of the Vattikuti Institute Prostatectomy Team. A prospective comparison of radical retropubic prostatectomy and robot-assisted prostatectomy: experience in one institution. BJU Int 2003; 92: 205–10.

4. Brown, J.A., Garlitz, C., Gomella, L.G., McGinnis, D.E., Diamond, S.M., and Strup, S.E. (2004). Perioperative morbidity of laparoscopic radical prostatectomy compared with open radical retropubic prostatectomy. *Urologic oncology* 22, 102-106.
5. Kaul, S., Bhandari, A., Hemal, A., Savera, A., Shrivastava, A., and Menon, M. (2005). Robotic radical prostatectomy with preservation of the prostatic fascia: a feasibility study. *Urology* 66, 1261-1265.
6. Patel VR, Coelho RF, Chauhan S, Orvieto MA, Palmer KJ, Rocco B, et al. Continence, potency and oncological outcomes after robotic-assisted radical prostatectomy: early trifecta results of a high-volume surgeon. *BJU Int.* 2010;106:696–702
7. Walsh PC. Patient-reported urinary continence and sexual function after anatomic radical prostatectomy. *J Urol.* 2000 Jul;164(1):242. p. 59 table 1.
8. Albertsen PC. [Robot-assisted radical prostatectomy - fake innovation or the real deal?](#) *Eur Urol.* 2012 Sep;62(3):365-7