

РЕЗОЛЮЦИЯ

XIV Съезда Общества эндоскопических хирургов России

г. Москва, 18 февраля 2011 года

Общая часть. Считать целесообразным укомплектование хирургических и операционных отделений стационаров различных уровней Субъектов РФ современным лапароскопическим оборудованием и расходным инструментарием для осуществления качественной диагностики патологии живота и груди, а также для выполнения экстренных и плановых операций? Как минимум: лапароскопической аппендэктомии, лапароскопической холецистэктомии, ушивания прободных язв и т.д.

Современные методы визуализации и навигации, включающие технологии объемной визуализации (3D) и изображение высокой четкости (HD), являются важным компонентом эндоскопической хирургии настоящего времени. Они являются основой комплексного подхода к безопасности оперативного вмешательства и обеспечивают комфортные условия работы. Считать желательным наличие вышеуказанных методик в арсенале стационаров, использующих современные малоинвазивные технологии

Подготовка хирургов для выполнения лапароскопических операций должна осуществляться на базах Учебных Центров федерального уровня, аффилированных с ведущими медицинскими ВУЗами страны и лицензированных Обществом эндоскопических хирургов России или Российским Обществом хирургов.

Лапароскопическая аппендэктомия Невозможность исключения диагноза «острый аппендицит» в ходе динамического 6-часового наблюдения за пациентом, а также установленный диагноз «острый аппендицит» являются показаниями к видеолапароскопии под наркозом с последующей лапароскопической аппендэктомией.

Выявленные до операции пальпируемый плотный периаппендикулярный инфильтрат и/или абсцесс являются противопоказанием к лапароскопии и аппендэктомии. При подтверждении признаков абсцедирования по данным ультразвукового исследования, методом выбора должна являться пункция или дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ, а при отсутствии технической возможности – вскрытие, санация и дренирование абсцесса из традиционного доступа.

Диагностированный на до- и интраоперационном этапе (в ходе лапароскопии) распространенный аппендикулярный перитонит с парезом ЖКТ является показанием к срединной лапаротомии с назоинтестинальной декомпрессией.

Диагностированный в ходе лапароскопического исследования плотный, неразделяемый инструментами инфильтрат является противопоказанием к аппендэктомии. При наличии рыхлого инфильтрата, легко разделяемого инструментами, ситуация в пользу лапароскопической операции решается индивидуально. При этом учитывается степень инфильтрации основания червеобразного отростка, оснащённость клиники, опыт хирурга.

Показанием к лапароскопической аппендэктомии должны являться: гиперемия, утолщение и ригидность червеобразного отростка. При сомнении должен быть введен дополнительный инструмент для пальпации отростка и определения симптома «свисания» на инструменте. Изолированная гиперемия отростка и вторичные изменения его серозы не являются показанием к аппендэктомии. При соблюдении данных директив количество деструктивных форм аппендицита должно составлять не менее 90% по результатам гистологического исследования.

По возможности предпочтение мобилизации червеобразного отростка должно отдаваться биполярной коагуляцией и/или ультразвуковой диссекции тканей брыжейки. Мобилизация отростка может осуществляться путём поэтапного пересечения брыжейки отростка с помощью монополярной электрокоагуляции по границе перехода брыжейки в отросток, с обязательным визуальным контролем всей рабочей поверхности коагулирующего инструмента во избежание случайной электротравмы смешанных органов.

Пересечение червеобразного отростка линейным степлером является наиболее надёжным методом. Обработка культи отростка может выполняться лигатурным способом с помощью двух петель Рёдера, накладываемых одну над другой без образования замкнутой полости между ними.

При возникновении технических сложностей на любом этапе операции может быть выполнена конверсия к традиционному способу. Наиболее частыми причинами конверсии могут быть следующие: выраженная инфильтрация основания червеобразного отростка и купола слепой кишки; кровотечение из брыжеечки; прорезывание лигатуры на основании.

Червеобразный отросток удаляется погруженным в экстрактор или пластиковый контейнер во избежание инфицирования троакарной раны.

По завершении операции осуществляется контроль гемостатза, удаляется кровь, сгустки и экссудат. Санация брюшной полости осуществляется по общим принципам традиционной хирургии.

Дренирование брюшной полости осуществляется при наличии деструктивного аппендицита с местным перитонитом, а так же при отклонении от нормального течения операции.

**Президент Общества
эндоскопических хирургов России
профессор Емельянов С.И.**

**Директор института хирургии
им А.В. Вишневского, чл.-корр. РАМН,
профессор Кубышкин В.А.**

**Генеральный секретарь Общества
Эндоскопических хирургов России
профессор Федоров А.В.**

Секретарь Съезда Таривердиев М.Л