

Санкт-Петербургский государственный университет
Общество эндоскопических хирургов России
Комитет по здравоохранению Правительства СПб
Ассоциация хирургов СПб
Международная клиника MEDEM

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СИМПОЗИУМ
«ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ДИАФРАГМЫ»

под редакцией д.м.н. А.Л. Андреева

Библиотека герниолога - www.DocIvanov.ru

29-30 января 2009 г.
Санкт-Петербург

СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПОСЛЕ БУЖИРОВАНИЯ ПЕПТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

**Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Ахмедов М.Г.,
Саркисов М.В.**

ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Проанализирована эффективность лапароскопической фундопликации с целью профилактики ретеннозов в зависимости от сроков ее выполнения после бужирования пептических стриктур пищевода.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение эффективности лапароскопической фундопликации, с целью профилактики ретеннозов пептических стриктур пищевода, в зависимости от сроков ее выполнения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: результаты лечения 159 больных с пептическими стриктурами пищевода. (Средний возраст - 51,3 лет. М/Ж =93/69). В 13,2% (21/159) выполнена резекция пищевода. В 85,5% (136/159) - бужирование. У 14 (8,8%) больных были выполнены дренирующие желудок операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия дистальная резекция желудка). В 60,3% случаев (82/136) с целью профилактики ретенноза проводилась только консервативная (в т.ч. антисекреторная) терапия. В 39,7% (54/136) случаев в последующем была выполнена фундопликация: лапароскопическая - 57,4% (31/54), «открытая» - 42,6% (23\54). По Ниссену - 33, по Тупе - 10, частичная задне-боковая - - 11. В сроки 3-6 месяцев после бужирования фундопликация была выполнена 25 больным (46,3%). Через 6-12 месяцев - 21 (48,9%) больному, 12-18 месяцев -8 (14,8%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения выявлены у 5 (9,8%) из 54 больных (при лапароскопической фундопликациим - у 2 (6,5%), при «открытой» - у 3 (13,0%). Послеоперационная дисфагия отмечена у 4 больных (купирована). В ближайшие 2 года после бужирования ретеннозы выявлены у 13,9% (19/136) больных. В группе больных, перенесших фундопликацию, - у 9,2% (5/54); получавших только медикаментозную терапию - у 17,1% (14/82). После лапароскопической фундопликации - у 9,6% (3/31), после «открытой» - у 8,7% (2/23). В тех случаях, когда фундопликация была выполнена спустя 3-6 месяцев после бужирования, ретеннозы после операции были выявлены у 8,0% (2/25) больных, 6-12 месяцев - у 14,3% (3/21) больных, 12-18 месяцев - у 14,8% (1/8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Бужирование пищевода на фоне терапии ингибиторами протонной помпы - метод выбора при лечении пептических стриктур. Лапароскопическая фундопликация - эффективное средство профилактики ретеннозов после бужирования пептических стриктур пищевода, сопровождается минимальным числом осложнений. Оптимальный срок выполнения фундопликации - 3-6 месяцев после бужирования пищевода.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Андреев А.Л., Проценко А.В., Глобин А.В.

Международная клиника MEDEM, г. Санкт-Петербург

В исследованиях, посвященных лапароскопической хирургии диафрагмальных грыж, в основном рассматриваются вопросы лечения скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В современной литературе имеется только несколько статей с отдельными наблюдениями по применению эндовидеохирургии при параэзофагеальной грыже. Более того, мы не обнаружили отечественных исследований, касающихся применения малоинвазивных технологий в устранении посттравматических диафрагмальных грыж. Небольшое количество публикаций, неоднозначное мнение хирургов обуславливают необходимость дальнейшего изучения возможностей, особенностей и результатов лапароскопической хирургии в лечении скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, посттравматических и параэзофагеальных диафрагмальных грыж.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 46 пациентов с диафрагмальными грыжами. У 39 больных была скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 ст., осложненная эрозивным рефлюкс-эзофагитом, резистентным к консервативной терапии, из них в 2 наблюдениях - пептической стриктурой пищевода. У 4 больных наблюдалась параэзофагеальная грыжа, из них в двух случаях осложненная сдавлением пищевода и дисфагией, в одном - перекрутом культе желудка и полной дисфагией (ранее больной перенес резекцию желудка по Бильрот-1). У 3 пациентов имелась посттравматическая левосторонняя грыжа диафрагмы, которая в двух наблюдениях осложнилась ущемлением и толстокишечной непроходимостью. У 44 больных, выполнены лапароскопические и у 2 традиционные операции. С помощью лапароскопической или традиционной хирургической техники пациентам была выполнена фундопликация по Nissen (42 пациентов) или Touper (2 больных), в сочетании с задней крурорафией. В двух случаях - лапароскопическое устранение толстокишечной непроходимости, резекция большого сальника, устранение левосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи. У 2 больных с пептической стриктурой пищевода до лапароскопической операции производилось эндоскопическое бужирование пищевода. В 8 наблюдениях лапароскопические антирефлюксные вмешательства выполнялись одновременно с холецистэктомией.

Повреждение медиастинальной плевры и пневмоторакс, отмечены у 4 больных (из них в двух случаях перешли на открытую операцию). В раннем послеоперационном периоде у 2 больных развилась дисфагия (вследствие гиперфункции манжетки), которую удалось купировать баллонными

дилатациями. Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 1 года до 6 лет после операции. Хорошие результаты констатированы у 37 больных.

Мы полагаем, что необходимо четко определять показания и выбирать больных для хирургического лечения диафрагмальных грыж. При проведении операции лапароскопическим методом целесообразно соблюдать принципы, выработанные в традиционной хирургии. Лапароскопические антирефлюксные операции - высокоэффективные малотравматичные вмешательства, которые у большинства больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью дают хорошие результаты лечения. Традиционные операции целесообразно применять у больных этой категории, ранее перенесших операции на желудке. Наш опыт показывает, что даже при осложненных параэзофагеальных и посттравматических грыжах возможно применение лапароскопической техники. С нашей точки зрения, необходимо проводить диагностический поиск диафрагмальной грыжи у пациентов с клиникой нарушенной кишечной проходимости в сочетании с анамнестическими указаниями на травмы с возможным повреждением диафрагмы.

35-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Глушков Н.Н., Кулагин В.И., Горбунов Г.М.

Кафедра общей хирургии МАПО, г. Санкт-Петербург

Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД) является третьим по частоте заболеванием среди всех больных гастроэнтерологического профиля после желчнокаменной и язвенной болезни.

Нередко эти заболевания сочетаются и отягощают друг друга. Вовремя нераспознанная грыжа может приводить к неудовлетворительным результатам хирургического лечения как язв, так и холелитиаза, порождая значительное число так называемых постхолецистэктомических и пострезекционных синдромов.

В Санкт-Петербурге проблемы хирургического лечения СГПОД начали разрабатываться с 70-х годов прошлого столетия, сначала в клинике факультетской хирургии Военно-медицинской академии (М.П.Гвоздев), а затем в хирургических клиниках ГИДУВа (МАПО), руководимых профессорами А.Г. Земляным, А.И. Горбашко, А.А. Вороновым.

В клинике профессора А.Г. Земляного лечение больных СГПОД началось с 1973 года, после того как Анатолий Григорьевич познакомился с работами Михаила Петровича Гвоздева и оппонировал ему на защите докторской диссертации.

Первоначальное представление о принципах хирургического лечения СГПОД заключалось в необходимости восстановления нормальных анатомических взаимоотношений в области пищеводного отверстия. Для этого необходимо ликвидировать грыжу низведением желудка вниз в брюшную полость и закрепить воссозданные взаимоотношения каким-либо образом.

Для этих целей предлагалось использовать различные оперативные приемы. Обязательным являлось ушивание расширенного пищеводного отверстия диафрагмы (крурорафия), которое можно выполнить либо спереди от пищевода (пропагандировал М.П.Гвоздев), либо сзади (общепринято), либо спереди и сзади (выполнял А.И.Горбашко), либо сбоков (предложено начинателем хирургического лечения грыж американским хирургом Харингтоном из клиники братьев Мейо).

Для закрепления восстановленных анатомических взаимоотношений предлагалось подшивать желудок к передней и задней брюшной стенкам (передняя гастропексия по Буреме и задняя гастропексия по Хиллу), к круглой связке печени (терес-пластика по Рампалю), к пряди большого сальника (операция Престона-Черни), оборачивать пищевод специальным силиконовым протезом (протез Ангельчика).

В клинике профессора А.Г.Земляного первой методикой, выбранной для лечения больных СГПОД, была методика Хусфельдта, заключающаяся в выполнении передней крурорафии и эзофагофундорафии.

Оперативное вмешательство предусматривало ликвидацию грыжи, сужение пищеводного отверстия (восстановление диафрагмального компонента замыкательного механизма) и создание предельно острого угла Гиса (усиление клапанного компонента).

К 1980 году было прооперировано 69 больных, у которых грыжа была единственным заболеванием. Изучение отдаленных результатов у 55 пациентов выявило неудовлетворительный результат почти у половины из них. У 19 (34%) пациентов развился анатомический рецидив грыжи и у 8 (15%) пациентов сохранились или рецидивировали симптомы рефлюкс-эзофагита без образования грыжи.

Возникла необходимость использовать вместо эзофагофундопликации по Хусфельдту оперативный прием, способный создавать более полноценный антирефлюксный механизм.

К тому времени широкое распространение получила фундопликация, заключающаяся в полном окутывании дистального отдела пищевода дном желудка. Эта операция была предложена в 1955 году Рудольфом Ниссенем и получила его имя.

Фундопликация по Ниссену оказалась самой эффективной по созданию антирефлюксного механизма. Однако изучение отдаленных результатов показало, что фундопликация по Ниссену непредсказуемо часто приводит к

дисфагии (15-87%) и невозможности свободной отрыжки и акта рвоты (3-54%) (Woodward E. et al., 1971; DeMeester T., Johnson L., 1975; Polk H., 1978; Orringer M., Orringer J., 1982; Henderson R., 1984). Эти расстройства даже получили термин постфундопликационного синдрома.

Примерно в тоже время, для уменьшения функциональных послеоперационных расстройств были предложены несколько вариантов так называемых "неполных" фундопликации, при которых дистальный отдел пищевода окутывается "манжеткой" не полностью, а частично (Dor J. Et al., 1962; Toupet A., 1963; Baue A., Belsey R., 1967).

Анализ обширного литературного материала показал, что все "неполные" фундопликации различаются между собой по месту расположения "манжетки" на пищеводе, степени охвата пищевода, длине "манжетки", особенностям хирургической техники.

Схематично все известные варианты "неполных" фундопликации могут быть классифицированы на боковые ("манжетка" формируется со стороны левой боковой стенки пищевода), задние (со стороны задней стенки) и передние (со стороны передней стенки). Термин "неполная" заменяется цифровым выражением степени охвата пищевода в градусах.

Понятно, что задние и передние фундопликации охватывают пищевод несимметрично по отношению к поперечной оси. Эта несимметричность фиксации желудка к пищеводу, вызывая боковую тракцию и ротацию пищевода вокруг своей оси, становится причиной затрудненного прохождения пищи и дисфагии, а также приводит к ослаблению антирефлюксного эффекта операции.

Возникновение функциональных послеоперационных расстройств (дисфагия и невозможность отрыжки) отмечено только после асимметричных вариантов, причем после задних фундопликации их меньше, чем после передних (2,9- 19% против 1,5-36%). С увеличением степени охвата пищевода "манжеткой" количество функциональных расстройств возрастает. Так, после 1800-ных эзофагофундопликаций они выявляются в 1,5-12% наблюдений, а после 2700-ных- в 6,5-36% (Guarner V. et al., 1980; Gonzalez E., 1981; Orringer M., 1981; Mir J. et al., 1986; Johansson K., 1986).

Рецидивы грыжи после "неполных" фундопликации развивались в 2-33% наблюдений, а возврат желудочно-пищеводного рефлюкса- в 2,4-48,7%, что несколько выше, чем после полной фундопликации (Urschel H., Paulson D., 1967; Refsum S., Nygaard K., 1979; Bonaldi U. et al., 1986; Johansson K., 1986).

Отчетливой зависимости эффективности "неполной" фундопликации от степени охвата пищевода и места расположения "манжетки" не было выявлено. В целом "неполная" фундопликация позволяла получать положительные результаты у больных в 64- 97,1% наблюдений и была сравнима по эффективности с полной фундопликацией (Dilling E. et al., 1977; Raia A. et al., 1983).

Из всех вариантов операций в клинике профессора А.Г.Земляного выбор был сделан в пользу варианта "неполной" фундопликации, предложенной отечественными хирургами Б.В.Петровским и Н.Н.Каншиным, которая может быть обозначена как 1800- боковая эзофагофундопликация.

С 1981 года неполная фундопликация по Петровскому-Каншину (1800-ная боковая эзофагофундопликация) стала операцией выбора для лечения больных СГПОД в нашей клинике. Оперировано 85 больных. Отдаленные результаты изучены у 64 больных. Положительный эффект операции отмечен у 50 (78%). У 8 пациентов (13%) развился анатомический рецидив грыжи и у 6 (9%) остался неустранимым желудочно-пищеводный рефлюкс.

Было выявлено, что неудовлетворительные результаты возникают у пациентов, у которых фундопликационная "манжетка" накладывалась на широкий пищевод. Нами были проведены манометрические исследования, которые показали, что длина нижнего пищеводного сфинктера у этих больных всегда меньше 4 см, а величина давления меньше 2 мм.рт.ст.

Расширение дистального отдела пищевода больше 3,5 см, выявляемое во время операции, и уменьшение длины и давления НПС, определяемое при манометрии, были приняты как критерии крайней степени недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

Для таких больных в 1986 году профессором А.Г.Земляным был предложен, а затем совместно с доцентом А.И.Бугаевым разработан оперативный прием, заключающийся в выполнении 1800-ной боковой эзофагофундопликации с одновременным гофрированием передней полуокружности пищевода.

Начиная с 1986 года, выбор метода операции проводили дифференцировано в зависимости от ширины дистального отдела пищевода, а с внедрением манометрического исследования и с учетом длины и давления нижнего пищеводного сфинктера.

По разработанной методике оперировано 42 больных. Отдаленные результаты изучены у 35. Положительные результаты получены у 33 больных (94%). У одного больного развился анатомический рецидив и у одного - рецидив желудочно-пищеводного рефлюкса.

Транзиторная дисфагия отмечена у 2 больных (2,3%) после операции Петровского-Каншина и у 1 больного (2,3%) после разработанной нами методики.

Таким образом, дифференцированный подход, учитывающий степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, позволяет при применении различных вариантов неполных фундопликации получить положительные результаты у 95-98% больных при минимальном количестве функциональных послеоперационных расстройств.

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Егиев В.Н., Зорин Е.А., Кевин М.А

РУДН, г. Москва

Применена методика одновременной фундопликации и бандажирования желудка. Показана высокая эффективность сочетанного лечения как для снижения веса, так и для ликвидации симптомов ГЭРБ.

С декабря 2006 года по ноябрь 2008 года по поводу ожирения и ГПОД нами выполнено 158 симультанных лапароскопических регулируемых бандажирований желудка и фундопликации. Фундопликация по Touret выполнена 154 больным, по Ниссен - 4 больным. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом, лапароскопически, с использованием УЗ-ножниц (Harmonic Scalpel, Ethicon, USA). Конверсий доступа не было. Продолжительность симультанного лапароскопического этапа операции 49 ± 5 мин (30 - 110 мин). Летальных исходов не было. Средний ИМТ до операции 38 ± 2 кг/м² (30 до 60 кг/м²). %EWL через 1 год после операции составил 43%. При контрольной рентгеноскопии желудка через 3, 6 и 12 месяцев после операции - рентгенологических признаков ГПОД не выявлено. При контрольной ФЭГДС - признаков рефлюкс - эзофагита I и II степени не выявлено, у 53 больных (34%) выявлены признаки хронического гастрита. Оценка качества жизни проводилась при помощи анкет SF36 и GSRs (критерии: изжога, отрыжка, боли в эпигастрии после еды и др.). Количество баллов до операции 80-95, через 6 месяцев - 57-65, через 1 год - 20-33 балла, что подтверждает эффективность методики - отсутствие клинических признаков рефлюкс-эзофагита (изжога, отрыжка), отсутствие болевого синдрома, отсутствие ночных приступов изжоги.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОМАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Егиев В.Н., Зорин Е.А., Кевин М.А.

РУДН, г. Москва

Описан опыт применение алломатериалов при пластике ГПОД, показания к применению.

В настоящее время все шире применяются алломатериалы при ненатяжной и комбинированной пластике ножек диафрагмы. Мы обладаем опытом 28 операций крурорафии в сочетании с аллопластикой. Показанием к применению алломатериалов считали:

- 1) Большие размеры грыжевого отверстия.
- 2) Выраженное усилие при затягивании швов, наложенных на ножки диафрагмы.

- 3) Выявленную гипотрофию правой и левой ножек в сочетании с ГПОД.
- 4) Необходимость наложения 3 и более швов для ликвидации дефекта между ножками диафрагмы.

Мы применяем только комбинированную пластику. Для швов ножек диафрагмы используем аппарат суржидак, нить 2/0, в дальнейшем проводим пластику сеткой, применяем сетку ультрапро 6x11 с подшиванием ее герниостеплером. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с алломатериалом не наблюдали. При последующих обследованиях больных отмечается достоверное улучшение качества жизни (индекс SF-36), при контрольных рентгенологических и эзофагогастроскопических исследованиях рецидивов ГПОД в этой группе больных не наблюдали.

БОЛЬШИЕ И ГИГАНТСКИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ КАК ОТДЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Егиев В.Н., Зорин Е.А., Кевин М.А., Алеенко В.И.

РУДН, г. Москва

Представлены подходы к хирургии гигантских ГПОД.

В последние годы все шире развивается лапароскопическая хирургия ГПОД. Однако иногда мы сталкиваемся с большим размером отверстия, с расположением части кардиального отдела и дна желудка в средостении, что значительно меняет хирургическую анатомию и делает операцию нестандартной. Нами в последние годы оперировано 12 больных с отверстием более 6 см, с нахождением до 1/2 желудка в заднем средостении.

1. Этапы мобилизации должны быть изменены. Мобилизация производится индивидуально, с сохранением блуждающих нервов, с выделением и абдоминализацией дна и кардиального отдела желудка и пищевода. При наличии короткого пищевода в 2 случаях мы применяли операцию Коллина (удлинение пищевода за счет малой кривизны желудка).

2. При ушивании ножек диафрагмы швы следует накладывать как "позади", так и "перед" пищеводом, иначе есть возможность значительно изменить его ход в этом отделе.

3. В обязательно порядке считаем необходимым применение алломатериалов для укрепления швов диафрагмы (комбинированная пластика).

4. Фундопликацию проводили по Ниссену, в 7 случаях сочетания большой грыжи с морбидным ожирением применяли фундопликацию по Тупе в сочетании с бандажированием желудка.

5. В послеоперационном периоде считаем необходимым тщательное наблюдение за пациентами и преупреждение причин, которые могут вызвать повышение внутрибрюшного давления.

В наших наблюдениях ранний послеоперационный период протекал без

осложнений, в сроки 6 и 12 мес. после операции отмечено достоверное улучшение индекса качества жизни, при рентгенологических исследований признаков рецидива грыжи не выявлено.

ОСОБЕННОСТИ МОБИЛИЗАЦИИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ ОЖИРЕНИИ

В.Н. Егиев, Е.А. Зорин, М.А. Кевин

РУДН, г. Москва

Представлены этапы мобилизации при ГПОД в сочетании с ожирением. Особенности мобилизации определяются большим количеством жировых отложений в этой зоне, затрудненной диагностикой, сложностью выполнения пластического этапа. В связи с этим мы предлагаем следующую последовательность этапов мобилизации:

1. Вскрытие полости малого сальника, мобилизация правой ножки диафрагмы.
2. Мобилизация угла Гисса и удаление жировых отложений в области кардии.
3. Удаления жировых отложений с правой ножки диафрагмы и боковой поверхности пищевода.
4. Мобилизация позадипищеводного пространства с удалением жировых отложений между ножек диафрагмы.
5. Мобилизация дна желудка по большой кривизне.
6. Мобилизация задней стенки желудка в области кардии с пересечением сосудов.

Тщательная мобилизация этой области с выполнением этапов и удалением жировых тканей позволяет "очистить" пищевод и область кардии и подготовить их к выполнению пластического этапа. Нами выполнено более 170 мобилизаций у больных с ожирением, интраоперационных осложнений не выявлено. Данная последовательность мобилизации предназначается в первую очередь для последующей фундопликации типа "short floppy nissen", однако мы рекомендуем ее и при других видах фундопликации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Еремеев А.Г., Волков С.В., Беляева Г.С., Голубев А.А., Попов С.Г.

ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Тверь

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются весьма распространённым заболеванием у широкой возрастной группы населения. Данная патология таит в себе потенциальные возможности для развития широкого спектра осложнений - упорного гастроэзофагеального рефлюкса и эрозивного рефлюкс-эзофагита, пептической язвы пищевода, кровотечений,

стриктуры пищевода и т.д. Кроме того, клиника синдрома компрессии органов средостения у ряда больных нередко довольно сложна в плане дифференциальной диагностики с разнообразной кардиальной патологией.

Цель работы. Анализ результатов хирургического лечения больных ГПОД с применением малоинвазивных технологий.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 126 пациентов с аксиальными ГПОД, проходивших лечение в хирургическом отделении ГУЗ «ОКБ» г. Твери с 2000 по 2008 г. Мужчин было 43 (34,1%), женщин - 83 (65,9%). Кардиальная грыжа выявлена при обследовании у 107 (84,9%) больных, кардиофундальная - у 15 (11,9%). Основной жалобой этих пациентов были явления рефлюкс-эзофагита. Субтотальная желудочная грыжа с компрессией органов средостения выявлена у 4 (3,2%) пациентов.

Результаты. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка: компенсация эзофагита применением ингибиторов протонной помпы, плановое снижение массы тела. Из 126 больных 3 (2,4%) произведено лапаротомное вмешательство, 123 пациентам (97,6%) выполнена лапароскопическая коррекция ГПОД: задняя диафрагмокрурорафия с фундопликацией по Ниссену или Ниссену-Россетти. Для диссекции тканей и электрокоагуляции в 77 операциях использован стандартный эндовидеохирургический комплекс, в 22 - комплекс LigaSure фирмы ValleyLab, в 27 (21,4%) операциях - ультразвуковой скальпель Harmonic фирмы Ethicon. У 7 пациентов в ходе выделения ГПОД выявлена атрофия ножек диафрагмы, оперативное вмешательство у них дополнено имплантацией сетчатого эндопротеза «Экофлон».

Интраоперационные осложнения наблюдались в 3 (2,4%) случаях и были представлены перфорацией стенки желудка, потребовавшей конверсии (1), и профузным кровотечением из коротких сосудов желудка, остановленным лапароскопически (2).

Положительные результаты вмешательства в виде исчезновения или значительного уменьшения болевого синдрома, изжоги, отрыжки в течение первых 6 месяцев после операции отметили 108 (85,7%) пациентов, 13 (10,3%) - отмечают удовлетворительные результаты. Нами наблюдалось 4 (3,2%) рецидива заболевания: 1 после лапаротомного, 3 после лапароскопического вмешательства. Из этой группы 3 пациента оперированы повторно с применением сетчатого эндопротеза «Экофлон».

Заключение. Наш опыт позволяет утверждать, что малоинвазивные вмешательства являются высокоэффективным средством в лечении ГПОД, особенно в ранних стадиях заболевания. Важными моментами для достижения лучших результатов являются адекватная предоперационная подготовка с коррекцией массы тела, слаженность работы хирургической бригады, использование современных технологий (наилучшие результаты отмечены

при применении ультразвукового скальпеля Harmonic), обязательное применение сетчатых эндопротезов при выявлении атрофии ножек диафрагмы. Комплексное динамическое послеоперационное лечение таких пациентов целесообразно проводить совместно с гастроэнтерологом.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Крулевский В.А., Петровский А.Н.

ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова Росздрава, г. Санкт-Петербург

Пищевод Барретта - термин, применяющийся для обозначения того осложнения хронического гастро-эзофагеального рефлюкса, которое сопровождается появлением эпителия желудочного типа «не на месте» - в нижнем отделе пищевода. Частота распространения этого осложнения, выделенного в самостоятельную нозологическую форму около 60 лет назад, как следует - достоверно не изучена. Исследование очень больших групп больных рефлюксным эзофагитом в различных странах свидетельствует о том, что на долю барреттова пищевода в этих группах приходится около 10% случаев, в то же время отмечено, что какой-либо закономерности в географическом распределении этой патологии не отмечено. Распознают её чаще всего в возрастном интервале 40-60 лет и очень редко у детей. Об указанной нозологической форме стали говорить с 1950 года, когда Н. Барретт дал ей довольно подробную клинико-морфологическую характеристику - хотя его описание не было первым. К настоящему времени получены убедительные данные в пользу современной теории (вторично-приобретенная природа) формирования пищевода Барретта - по эндоскопическим биоптатам документирована миграция мукозы желудка в пищевод при стойком рефлюксе, наблюдения развития барреттова пищевода с началом рефлюкса при эзофаго-гастростомии после субтотальной эзофагэктомии, в эксперименте продемонстрировано появление однослойного желудочного эпителия в пищеводе при искусственно созданном рефлюксе, на материале вскрытий мертворожденных и новорожденных удалось показать полное отсутствие барреттова пищевода, единичные сообщения о возможности развития этой патологии после тотальной гастрэктомии (что совершенно противоречит доказанной патогенетической теории рефлюкса) не были признаны надежными. Актуальным остается вопрос относительно морфогенеза барреттова пищевода. К настоящему времени не получила достоверных доказательств точка зрения о прямой метаплазии эпидермоидного эпителия в цилиндрический, при модуляции дифференцировки примордиальных а так же стволовых клеток базальной зоны. С другой стороны, факт деструкции плоскоклеточного эпителия пищевода при хроническом рефлюксе с последующей реэпителизацией более

устойчивой цилиндрической выстилкой поддерживается многими исследователями. Предлагалась также гипотеза о миграции цилиндрических клеток из эзофагеальных кардиальных желез в покровный эпителий. Однако к настоящему времени поддержана теория о миграции недифференцированных клеток-предшественников из прилежащей выстилки и трансформации их на новом месте в направлении цилиндрических элементов. Полагают и то, что не столько миграция, сколько преимущества при конкурентном отборе в условиях повреждения, получаемые предшественниками, уже предрасположенными для трансформации в цилиндроклеточном направлении, играют главную роль. Подчеркивают также индуктивную роль подлежащей соединительной ткани, параллельно с указанной трансформацией формирующей собственную пластинку для нового эпителия.

ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кулагин В.И.

Кафедра общей хирургии МАПО, г. Санкт-Петербург

Острые кровотечения и анемия составляют так называемый геморрагический синдром, осложняющий течение грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в 10-15% (Тамулявичюте Д.И., Витенас А.М., 1986). Если развитие анемии при ГПОД не является редкостью, то острые кровотечения, проявляющиеся кровавой рвотой, дегтеобразным стулом, коллаптоидным состоянием, встречаются не так часто.

Интенсивность острых кровотечений бывает различной вплоть до смертельных исходов (Уткин В.В., Апинис Б.К., 1976), хотя большинство исследователей отмечает их относительную безопасность и хороший эффект консервативного лечения.

Источниками острых кровотечений при ГПОД, как правило, являются эрозии или язвы слизистой пищевода или грыжевой части желудка.

Хороший эффект гемостатической терапии при неустранимой грыже не гарантирует от рецидива кровотечения, поэтому больные ГПОД, осложнившейся геморрагическим синдромом, подлежат хирургическому лечению. Операцию выполняют в плановом порядке после ликвидации последствий кровотечения и соответствующей предоперационной подготовки. Ее целью является устранение самой грыжи и создание антирефлюксного механизма в зоне пищеводно-желудочного перехода.

В клинике профессора А.Г.Земляного с 1977 по 1993 г. лечилось более 3.5 тыс. больных ГПОД. Среди них анемия встретилась у 329 больных (9,4%), и лишь у 66 больных (1,9%) имело место острое кровотечение, которое

проявлялось кровавой рвотой, коллаптоидным состоянием, снижением показателей красной крови.

Более 2/3 больных поступили в клинику через разные сроки после эпизодов острого кровотечения. Приводим типичные наблюдения.

Больной М., 35 лет, (и/б 560-86), 5 лет назад был прооперирован по поводу желудочного кровотечения из разрыва слизистой кардиального отдела желудка. Произведено ушивание разрыва. Однако ГПОД была не диагностирована и коррекция ее не произведена. До и после операции больного беспокоили постоянные гжучие боли в эпигастрии и за грудиной, мучительная изжога, усиливающиеся после еды, отрыжка и срыгивание пищей. Консервативное лечение было неэффективным, что явилось причиной поступления больного в клинику. При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании выявлена кардиальная грыжа пищеводного отверстия, катаральный рефлюкс-эзофагит. Другой патологии не обнаружено.

Больная Л., 42 лет, (и/б 5651-84) поступила в клинику через 11 месяцев после эпизода острого кровотечения, потребовавшего экстренной госпитализации в хирургический стационар и проведения гемостатической терапии. Больная в течение 5 лет страдает болями в эпигастрии после еды, изжогой, отрыжками, усиливающимися при наклонах. При обследовании обнаружены кардиальная грыжа пищеводного отверстия, катаральный рефлюкс-эзофагит, подслизистые кровоизлияния грыжевой части желудка. Показатели красной крови снижены: Эр- $2,9 \times 10^{12}/л$, Нб-95^г/л.

Около трети больных поступили в клинику с развернутой клиникой острого кровотечения. Приводим типичное наблюдение.

Больная К., 53 лет, (и/б 4686-81), поступила в клинику по экстренной помощи с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку, рвоту "кофейной гущей" и алой кровью, тошноту, общую слабость. Накануне после еды появилась изжога, а затем несколько раз рвота "кофейной гущей" и алой кровью, сопровождавшаяся кратковременным коллаптоидным состоянием. Боли и изжога беспокоят уже в течение 13 лет.

При поступлении состояние удовлетворительное. Показатели красной крови нормальные. При экстренной фиброгастроскопии обнаружены грыжа пищеводного отверстия и язвенный рефлюкс-эзофагит (в средней и нижней третях пищевода множество плоских, неправильной формы, кровоточащих изъязвлений до 0,5 см в диаметре). Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки без патологических изменений.

Лечение больных с острым кровотечением заключалось в проведении гемостатической и противоязвенной терапии. У 50 больных консервативного лечения оказалось достаточно. Оперировано 16 больных.

Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом из верхне-срединного доступа и заключалась в ушивании пищеводного

отверстия впереди пищевода (передняя круорофия) и формировании неполной (180°) боковой эзофагофундопликации по Петровскому-Каншину у 6 больных и по методу профессора А.Г.Земляного (дополнительное гофрирование передней полуокружности пищевода) у 10 больных.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений и они были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 8-9 сутки. Наблюдение за оперированными больными в динамике показало, что создание надежного антирефлюксного механизма приводит к излечению от рефлюкс-эзофагита и гарантирует от рецидивов кровотечения.

Начиная с 1993 года, разработанные профессором А.Г.Земляным принципы и методики лечения больных ГПОД, успешно применяются нами в Елизаветинской больнице. Из более 2 тыс. пролеченных больных ГПОД геморрагический синдром отмечен у 210 пациентов. Тактика лечения оставалась прежней. Вначале проводилась консервативная гемостатическая и противоязвенная терапия. Затем в плановом порядке антирефлюксная операция.

Однако ориентированность Елизаветинской больницы на оказание экстренной помощи не только укрепила, но и значительно расширила наши представления о геморрагическом синдроме при ГПОД. С одной стороны, все чаще и чаще источником кровотечения при ГПОД становятся разрывы слизистой субкардиального отдела желудка, фактически грыжевой части желудка (проблема сочетания ГПОД и синдрома Меллори-Вейса). Показания к экстренной операции в таких случаях определяли тяжестью кровотечения. Объем вмешательства ограничивали гастротомией и ушиванием разрыва, не усложняя его антирефлюксными приемами. В первую очередь спасали жизнь пациента. Оперировано таким образом 15 больных. Антирефлюксное вмешательство в более отдаленном периоде выполнено 2 пациентам.

С другой стороны, все чаще и чаще приходится встречаться с таким редким и сложным для лечения источником кровотечения при ГПОД как пептическая язва пищевода. Тактика и объем вмешательства при кровоточащих пептических язвах пищевода окончательно не определены. Приводим наши наблюдения.

Больной К., 60 лет, (и/б 15555-04), поступил в Елизаветинскую больницу с жалобами на боли в эпигастрии, многократную рвоту кровью и "кофейной гущей", слабость, головокружение. 12 лет назад перенес ушивание перфоративной язвы желудка, 2 года назад получал стационарное лечение по поводу синдрома Меллори-Вейса.

Состояние тяжелое. Бледен. Ps-96, АД-160/100. Нь-122.

При фиброгастроскопии обнаружена фиксированная кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия и пептическая язва диаметром 1,0 см на правой боковой стенке пищевода по зубчатой линии, прикрытая рыхлым тромбом.

Выполнена экстренная операция: прошивание язвы через гастротомическое отверстие и антирефлюксная операция (задняя крурорафия и неполная задняя 270° эзофагофундопликация по Тупэ).

Послеоперационный период осложнился перфорацией прошитой язвы с развитием медиастинита, плеврита и перитонита. Выполнена релапаротомия, торакотомия и диафрагмотомия слева, снятие фундопликационной "манжетки", ушивание дефекта пищевода и формирование новой фундопликационной "манжетки" уже в заднем средостении. Больной поправился. Все симптомы рефлюксной болезни исчезли. Отступление от тактики первоначальной консервативной гемостатической и противоязвенной терапии и антирефлюксной операции в спокойном периоде привели к грозным осложнениям, едва не стоявшим больному жизни.

Еще у одной больной пептическая язва пищевода пенетрировала в сердце. Показанием к экстренной операции послужило профузное кровотечение. Язва была прошита через гастротомическое отверстие. Антирефлюксное вмешательство не выполнялось. Несмотря на то, что кровотечение было остановлено, больная погибла на 3-й сутки от последствий перенесенной запредельной кровопотери.

Таким образом, несмотря на то, что острые кровотечения при ГПОД являются относительно редким осложнением, они могут представлять реальную угрозу для жизни. Наиболее оправдана тактика первоначально консервативной гемостатической и противоязвенной терапии с последующей антирефлюксной операцией в спокойном периоде.

ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кулагин В.И.

Кафедра общей хирургии МАПО, г. Санкт-Петербург

Легочные осложнения при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) наблюдаются у 6,5-10% больных и протекают в виде различных клинических форм- хронического бронхита и трахеобронхита, астматического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии (Гвоздев М.П., 1971; Дибужева Г.В., 1977).

Причиной поражения легких при ГПОД является аспирация содержимого, забрасываемого в пищевод из желудка вследствие недостаточности кардии и/или сдавление легкого грыжевым выпячиванием при больших грыжах.

В клинике профессора А.Г.Земляного с 1976 по 1993 год и в 1 хирургическом отделении Елизаветинской больницы с 1993 по 2005 год оперировано 26 больных ГПОД, имевшие легочные осложнения. Это составило 10,7% от всех оперированных больных, у которых ГПОД была самостоятельным заболеванием.

В этой группе больных было 14 женщин и 12 мужчин в возрасте от 30 до 64 лет.

Давность заболевания ГПОД колебалась от одного года до 34 лет. Появления легочных осложнений у 16 больных совпало с возникновением грыжи, у остальных больных они развились спустя несколько лет.

У всех больных имелась развернутая клиническая картина ГПОД, желудочно-пищеводного рефлюкса и рефлюкс-эзофагита: боли в эпигастрии и за грудиной, изжога, отрыжка и срыгивание, которые усиливались при наклонах, физической нагрузке и в горизонтальном положении.

Легочные осложнения у 20 больных протекали в форме хронического бронхита, у 6- бронхиальной астмы. Основной жалобой у больных бронхитом был мучительный сухой кашель, у больных с бронхиальной астмой- приступы удушья. Легочные симптомы появлялись и исчезали одновременно с желудочными и были полностью зависимы от положения тела и приема пищи, что было обусловлено единством их происхождения- рефлюксом. Некоторые больные могли спать только сидя.

Объективные данные у рассматриваемых больных практически не давали никакой информации, лишь у двух пациентов при аускультации легких выслушивались рассеянные сухие хрипы.

У 18 больных обнаружен кардиальный тип ГПОД, у 8- кардио-фундальный. Рефлюкс-эзофагит с локализацией процесса в абдоминальном отделе и нижней трети пищевода диагностирован у всех больных, у 20- катаральный и у 6- язвенный. Ни величина грыжи, ни характер рефлюкс-эзофагита не коррелировали с выраженностью легочных симптомов.

При рентгеноскопии легких в двух наблюдениях выявлен пневмофиброз и в одном- эмфизема, в остальных рентгеноскопическая картина соответствовала возрастной норме.

При исследовании функции внешнего дыхания выявлено умеренно выраженное нарушение вентиляции легких по обструктивному типу, что выражалось снижением теста Тиффно на 5-10%.

Оценка консервативного лечения, проведенного на догоспитальном этапе и в клинике у данной группы больных, показала его неэффективность. Возникновение легочных осложнений приводило к более тяжелому течению основного заболевания, что связано, по-видимому, с формированием у больных порочного круга, т.к. сами по себе легочные осложнения усиливали желудочно-пищеводный рефлюкс и способствовали увеличению грыжи. Поэтому появление легочных осложнений при ГПОД мы рассматривали как показание к плановому хирургическому лечению, основной задачей которого считали устранение самой грыжи и создание надежного антирефлюксного механизма в области пищеводно-желудочного перехода.

Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов из верхне-срединного доступа. Предпочтение отдавали малотравматичным и технически простым вмешательствам.

Ликвидацию грыжи и ушивание пищеводного отверстия выполнили у всех больных. Пищеводное отверстие ушито впереди пищевода (передняя крурорафия) у 21 больного и позади пищевода (задняя крурорафия)- у 5 больных.

Антирефлюксный механизм в области пищеводно-желудочного перехода воссоздавался различными приемами.

У 6 больных произведена эзофагофундорафия по Гусфельду (подшивание дна желудка к левой боковой стенке пищевода на протяжении 3-4 см). Воссоздание предельно острого угла Гиса усиливает клапанный компонент антирефлюксного механизма. Однако этого недостаточно при значительном ослаблении нижнего пищеводного сфинктера (сфинктерный компонент).

В таких ситуациях применяли так называемые неполные фундопликации. У 10 больных выполнили боковую 1800- эзофагофундопликацию по Петровскому-Каншину ("полуманжетка" со стороны левой боковой стенки пищевода). У 5 больных применили методику профессора А.Г.Земляного (дополнительное гофрирование передней полукружности пищевода). И еще у 5 больных использовали заднюю 180-2400 - эзофагофундопликацию по Тупэ ("полуманжетка" со стороны задней стенки пищевода).

Осложнений в послеоперационном периоде со стороны легких не было. У одного больного отмечено нагноение раны.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 4 больных после эзофагофундорафии и у 16 больных после неполных фундопликации в сроки от одного года до 20 лет. По субъективному состоянию и данным контрольного обследования они квалифицировались на хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Неудовлетворительные результаты получены у трех больных после эзофагофундорафии, у которых отмечен возврат желудочных и легочных симптомов и рецидив грыжи и рефлюкс-эзофагита. Как показали манометрические исследования неудовлетворительные результаты наблюдались при выраженной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

У 16 больных с неполными фундопликациями получены хорошие и удовлетворительные результаты, которые характеризовались полным исчезновением или значительным уменьшением желудочных симптомов, отсутствием легочных симптомов, отсутствием рецидива грыжи и рефлюкс-эзофагита. При исследовании функции внешнего дыхания отмечена нормализация всех показателей.

Таким образом, легочные осложнения при ГПОД имелись у 10,7% оперированных в виде двух форм- хронического бронхита и бронхиальной астмы. Появление легочных осложнений значительно ухудшает течение ГПОД и является показанием к ее плановому хирургическому лечению. Операцией выбора может быть один из вариантов неполной фундопликации.

**СИНДРОМ БАРРЕТТА
У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ.**

**Луфт А.В., Воробьев С.Л., Прядко А.С., Филин А.В., Василевский Д.И.,
Седлецкий Р.Р., Михальченко Г.В., Мяукина Л.М., Катунина И.А.,
Мальков В.А., Зинченко С.А., Ламекина Я.А.**

Ленинградская областная клиническая больница, Ленинградское областное
патологоанатомическое бюро, г. Санкт-Петербург

Феномен желудочно-пищеводного рефлюкса на протяжении последнего десятилетия вызывает прогрессивно возрастающий интерес все более широкой аудитории специалистов различных направлений медицины.

Актуальность проблемы обусловлена как значительной распространенностью гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), так и весьма разнообразной палитрой развивающихся тяжелых нарушений функции различных органов и систем.

По принятому на Всемирном Конгрессе гастроэнтерологов в 2005 г в Монреале соглашению наиболее грозным осложнением ГЭРБ сегодня считается синдром Барретта.

Клиническая значимость данного состояния обусловлена его доказанной ролью в развитии крайне неблагоприятного в прогностическом отношении аденогенного рака пищевода.

Современное понимание синдрома как номенклатурной единицы подразумевает желудочную или кишечную метаплазию эпителия дистального отдела пищевода в результате хронической регургитации химически агрессивного желудочного или дуоденального рефлюктата. С морфологических позиций данное состояние является приспособительной реакцией, направленной на нивелирование повреждающих воздействий.

Относительный риск малигнизации метаплазированного эзофагеального эпителия по данным различных исследователей колеблется от 5,4 до 12% в течение жизни или 1 на 50-200 пациенто-лет наблюдения.

Распространенность синдрома Барретта варьирует от 2,2-8,5% среди субъектов, прошедших скрининговую фиброэзофагогастроскопию, до 12-20% от общего числа пациентов, страдающих ГЭРБ.

Значительный разброс представленных в литературе статистических данных о распространенности заболевания обусловлен различиями в трактовке морфологических критериев данной нозологической формы, отсутствием общепринятых стандартов диагностики и мониторинга, а так же региональными, социальными и возрастными особенностями исследуемых

групп населения.

Современные представления о причинах и механизмах развития синдрома Барретта основаны на результатах обширных генетических, биохимических, физиологических, морфологических и экспериментальных исследований.

В качестве ключевых патогенетических условий заболевания рассматриваются несостоятельность системы защиты слизистой оболочки пищевода (снижение клиренса) и несостоятельность функции нижнего эзофагеального сфинктера, чаще всего возникающего на фоне хиатальной грыжи.

Факторами, предрасполагающими к развитию аденогенного рака у пациентов с цилиндроклеточной метаплазией пищевода эпителия, в настоящее время принято считать потерю генетической устойчивости клеток к неоплазии и воздействие на слизистую оболочку дериватов желчных кислот.

Очевидно, что формирование синдрома Барретта, как стойкого патологического состояния, является следствием сложного комплекса органических и функциональных механизмов. Их взаимовлияние и итоговый результат с позиций современной науки не поддаются объективному анализу, а, следовательно, - не позволяют прогнозировать и корректировать риск трансформации метаплазированного пищевода эпителия в аденокарциному.

Изложенные положения определяют необходимость активной лечебной стратегии в отношении больных с цилиндроклеточной метаплазией пищевода эпителия, возникающей на фоне хронической гастроэзофагеальной регургитации.

Современные взгляды на терапию синдрома Барретта остаются предметом оживленной дискуссии. Широко представленные в литературе алгоритмы консервативного, хирургического, эндоскопического подходов или их различных комбинаций не являются общепринятыми, и зачастую основываются на субъективных предпочтениях и индивидуальном опыте различных исследователей или клиник.

Представленные соображения являются основанием для дальнейшего теоретического поиска и клинической апробации новых алгоритмов лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, осложненной желудочной или кишечной метаплазией эпителия слизистой оболочки пищевода.

В ленинградской областной клинической больнице в период с 2007 по 2008 год проходили лечение 36 пациентов с синдромом Барретта.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Возрастной и половой состав больных

Больные	Возраст (годы)							Всего
	<21	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	
Мужчины	2	2	3	4	2	4		17
Женщины	.	2	5	7	2	3		19
Итого	2	4	8	11	4	7		36

Во всех наблюдениях заболевание протекало на фоне хиатальной грыжи и имело морфологическое подтверждение.

Продолжительность клинических симптомов хронической желудочно-пищеводной регургитации варьировала от одного года до тридцати лет (табл. 2).

Таблица 2.

Анамнез проявлений ГЭРБ у пациентов с синдромом Барретта

Количество больных	Годы							Всего
	<1	1-2	3-5	5-7	7-10	10-20	20-30	
	-	7	5	8	7	5	4	

Стандартный алгоритм обследования пациентов с проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни включал эзофагогастроскопию в режимах "ZOOM" и "NBI" хромоэндоскопию, прицельную биопсию, рентгенографию пищевода и желудка с применением провокационных проб для выявления хиатальной грыжи.

Характер морфологических изменений у больных с синдромом Баррета представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Тип морфологических изменений у пациентов с синдромом Барретта

Количество больных	Тип изменений			
	Кардиальная, фундальная метаплазия	Кишечная метаплазия		
		Без дисплазии	Легкая дисплазия	Умеренная дисплазия
	11	8	11	6

Распространенность участков метаплазии оценивалась по пражской эндоскопической классификации С&М, наиболее полно отражающей тяжесть течения заболевания (табл.4).

Таблица 4.

Распространенность зоны метаплазии по системе С&М

		Количество больных				
С	0 см	-	1	2	-	-
	1 см	-	2	3	5	-
	2 см	-	1	1	7	5
	3 см	-	-	-	-	3
	4 см	-	1	2	1	2
		менее 1 см	1 см	2 см	3 см	более 3 см
М						

Рентгенографическое исследование с контрастированием пищевода бариевой взвесью и применением функциональных проб позволило с почти абсолютной достоверностью определить вид хиатальной грыжи до операции во всех случаях (табл. 5).

Таблица 5.

Результаты рентгенологической диагностики хиатальных грыж

Виды грыж	Количество больных				
	Аксиальные грыжи			Параэзофагеальные грыжи	
	Кардиальные	Кардио- фундальные	Субтотальные кардио- фундальные	Кардио- фундальные	Субтотальные кардио- фундальные
Данные рентгенографии	11	9	5	6	5
Операционные данные	10	10	5	6	5

Показанием к хирургическому вмешательству у пациентов настоящего исследования являлось наличие синдрома Барретта, развившегося на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Стандартный алгоритм лечения включал эндоскопическую аргоно-плазменную деструкцию (АРС) зон метаплазии пищеводного эпителия и лапароскопическое устранение хиатальной грыжи с тем или иным видом антирефлюксной реконструкции.

В пяти наблюдениях APC проводилась после оперативной коррекции зоны пищеводно-желудочного перехода. Однако неудобство эндоскопических манипуляций в дистальном отделе пищевода, укрытым фундопликационной муфтой, заставили поменять последовательность действий. В дальнейшем аргоно-плазменная коагуляция участков желудочно-кишечной метаплазии осуществлялась первым этапом накануне абдоминальной операции.

Основные принципы хирургических вмешательств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни освещены в литературе и подтверждены богатым мировым опытом их выполнения, насчитывающим более 40 лет.

Применявшаяся у пациентов анализируемой группы методика лапароскопического устранения хиатальных грыж и коррекции зоны пищеводно-желудочного перехода в целом не отличалась от известных.

В то же время, собственный опыт, благоприятные ближайшие результаты лечения у всех пациентов, а также - анализ литературы, посвященной анализу ошибок и осложнений антирефлюксной хирургии, позволил выделить основные факторы, определяющие эффективность эндовидеохирургической коррекции различных вариантов ГЭРБ.

Оперативные вмешательства выполнялись через пять лапаропортов с интраабдоминальным давлением CO₂ 12-14 мм Hg.

Во всех наблюдениях первым этапом операции являлось выделение правой и левой ножек диафрагмы. Решение данной задачи требовало рассечения желудочно-печеночной, желудочно-диафрагмальных и пищеводно-диафрагмальных связей. Визуализация хиатального отверстия и его содержимого позволяло ориентироваться в особенностях анатомических изменений при различных вариантах заболевания.

Обязательным условием надежного устранения грыж пищеводного отверстия диафрагмы и предотвращения их рецидива являлась высокая циркулярная мобилизация пищевода, обычно - до границы средней и нижней третей его грудного отделов. При аккуратном и внимательном препарировании даже при наличии плотных рубцовых сращений эзофагеальной стенки с соседними анатомическими образованиями данный этап не вызывал затруднений.

Мобилизация дна желудка для циркулярной фундопликации по Nissen в большинстве случаев не требовала пересечения более трех коротких желудочных сосудов и зависела от индивидуальных анатомических особенностей. Разумеется, выполнение реконструкции по методике Dor, исключало данный этап хирургического вмешательства.

Для удобства манипулирования в зоне пищеводно-желудочного перехода и хиатального отверстия, а также последующего создания оптимальной по ширине фундопликационной манжетки, скелетирование малой кривизны всегда проводилось на протяжении 5-7 см.

У всех больных выполнялась задняя крурорафия, позволяющая воссоздать

естественное мышечное кольцо вокруг пищевода, предотвращая тем самым возможность повторного смещения желудка из абдоминальной позиции в грудную полость.

Калибр хиатального отверстия определялся с помощью зонда толщиной 60 Fr, введенного в просвет пищевода. Данный диаметр представлялся оптимальным, поскольку позволял избежать рецидива грыжи и препятствовал возникновению стойкой послеоперационной дисфагии.

Выбор вида фундопликации у пациентов настоящего исследования определялся имеющимся тяжелым осложнением хронического дуодено-гастро-эзофагеального рефлюкса - синдромом Барретта.

Поскольку одним из значимых патогенетических факторов развития метаплазии плоского эпителия сегодня считается снижение пищевоного клиренса, при выполнении реконструктивного вмешательства ставилась задача создания надежного ниппельного механизма в зоне пищевоно-желудочного перехода. Наиболее полно удовлетворяющим данному требованию вариантом операции признано считается фундопликация на 360° по Nissen.

Данный вид вмешательства был выполнен 30 больным. К техническим деталям, представляющимся значимыми, следует отнести создание пликационной манжетки шириной 4 см на эзофагеальном зонде диаметром 60 Fr.

Соблюдение указанных принципов реконструкции позволяло создать оптимальные анатомические условия для полноценной функции кардиального сфинктера. Кроме того, формирование достаточно широкой фундопликационной манжеты надежно восстанавливало необходимую величину угла Гиса и воспроизводило конструкцию "чернильницы-непроливайки" в зоне желудочно-пищевоного перехода, препятствующую затеканию кислого рефлюктата в проксимальном направлении.

Обязательным условием технически правильного выполнения оперативного вмешательства являлась фиксация фундальной муфты к пищеводу и правой ножке диафрагмы, предотвращающая возможность миграции желудка в грудную полость.

Выполнение реконструкций в минимальном объеме (по методике Dog) в пяти случаях определялось выраженным ожирением больных в сочетании с интимным прилежанием селезенки к большой кривизне желудка, а так же изначально недостаточным опытом использования эндовидеохирургической техники при подобных вмешательствах. У одного пациента с рецидивом хиатальной грыжи реконструктивная фундопликация на 180° была продиктована значительными Рубцовыми изменениями в области пищевоно-желудочного перехода после перенесенной ранее операции.

Специфические осложнения в анализируемой группе отмечались у 7 (20%)

больных. В двух наблюдениях при мобилизации коротких желудочных сосудов возникло кровотечение, обусловившее конверсию хирургического доступа. Еще в одном случае у пациента, бесконтрольно принимавшего фармакологические антикоагулянты, внутрибрюшная сангинация без отчетливого источника возникла через сутки после лапароскопического вмешательства и определила необходимость выполнения лапаротомии. У 3 человек при мобилизации пищевода был поврежден правый (левый) плевральный синус. Однократно у больного с длительно существовавшей субтотальной параэзофагеальной грыжей в ходе хирургического вмешательства развился двухсторонний пневмоторакс. Во всех случаях данное осложнение было распознано и купировано интраоперационно, не потребовав изменения оперативной тактики (табл. 6).

Таблица 6.

Вид хирургических осложнений у пациентов с синдромом Барретта

Осложнения хирургических вмешательств У пациентов с синдромом Барретта	Количество больных
Интраоперационное кровотечение	2
Кровотечение в раннем послеоперационном периоде	1
Односторонний пневмоторакс	3
Двухсторонний пневмоторакс	1
Всего	7

Дисфагия или сохранение симптомов гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов после выполненной реконструкции не были отмечены ни разу. Всем больным синдромом Барретта после эндовидеохирургического устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на два месяца предписывалась строгая диета, подразумевавшая прием пищи в жидком и кашцеобразном виде. Интервал времени в восемь недель считался достаточным для стихания явлений пептического эзофагита и развития достаточно прочных соединительно-тканых сращений в зоне оперативного вмешательства.

После истечения указанного срока всем пациентам проводилось контрольное обследование, включавшее рентгенографию пищевода и желудка эзофагогастроскопию с использованием режимов "ZOOM", "NBI" и биопсией. Клинических и рентгенологических признаков рецидива хиатальной грыжи не было отмечено ни разу.

При эндоскопическом исследовании у всех пациентов, перенесших аргоно-плазменную деструкцию участков метаплазии слизистой оболочки пищевода перед антирефлюксной реконструкцией, отмечалась полная естественная эпителизация.

Напротив, ни в одном из пяти наблюдений изолированного устранения хиатальной грыжи без предварительной абляции желудочно-кишечной метаплазии, положительных сдвигов в течение синдрома Барретта в указанные сроки выявить не удалось. Данное обстоятельство явилось показанием к проведению послеоперационной эндоскопической коагуляции зон метаплазии пищевода эпителия во всех описанных случаях.

Плановый фиброэзофагогастроскопический мониторинг через полгода после завершения всех этапов лечения проведен 29 пациентам настоящего исследования. Рецидива заболевания не отмечено ни в одном случае. У семи человек сроки наблюдения варьируют от 3 до 5 месяцев.

Таким образом, представленный анализ ближайших результатов хирургического лечения больных хиатальной грыжей, осложненной синдромом Баретта, позволяет считать данный подход к проблеме высокоэффективным, малотравматичным и экономически обоснованным.

Специальные эндоскопические методы диагностики цилиндроклеточной метаплазии пищевода эпителия, дополненные морфологическим исследованием биоптатов, дают возможность верифицировать синдром Барретта с абсолютной достоверностью.

Лапароскопические реконструктивные вмешательства при грыжах пищевода отверстия диафрагмы являются надежным методом нивелирования основного патогенетического механизма заболевания - хронического дуодено-гастро-эзофагеального рефлюкса.

Проведение аргоно-плазменной абляции участков желудочно-кишечной метаплазии при восстановлении физиологических условий в просвете пищевода позволяет достичь полной реэпителизации его слизистой оболочки. Непродолжительный период реабилитации пациентов после окончания лечения, исключение необходимости регулярного приема антисекреторных препаратов, эндоскопического и морфологического контроля, определяют социально-экономическую выгоду изложенной концепции.

Указанные соображения позволяют рекомендовать описанную методику комбинированного хирургического лечения синдрома Барретта, развившегося у больных с грыжами пищевода отверстия диафрагмы, для внедрения в повседневную клиническую практику всех гастроэнтерологических центров.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПРИ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

**Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Гукасян Э.А., Харькин А.А., Титов А.Г.,
Ахмедов М.Г.**

ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Проведен анализ эффективности различных видов лапароскопической фундопликации при хирургическом лечении 57 больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение эффективности различных видов лапароскопической фундопликации при хирургическом лечении скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период 2004-2008гг. лапароскопически прооперировано 57 больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. (М/Ж=24/33; средний возраст 51,4 лет). У 36 (63,2%) пациентов - кардиальные грыжи, у 21 (36,8%) - кардиофундальные. Эрозивный эзофагит был выявлен у 20 (35,1 %) больных, пищевод Барретта - у 2 (3,5%); у 18 (31,6%) - пептические стриктуры.

В 54 (94,7%) случаях была выполнена задняя крурорафия, в 2 (3,5%) - передняя; в 1 (1,8%) случае - сочетание задней и передней крурорафии. Фундопликация по Ниссену выполнена 44 (77,2%) больным; по Тупе - 4 (7,0%); по Дору - 2 (3,5%); неполная косая задне-боковая фундопликация по оригинальной методике - 8 (14,0%). В 4 (7,0%) случаях - симультанная лапароскопическая холецистэктомия. Средняя продолжительность операции - около 134 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальных исходов не было. Конверсии - 2 из 59 попыток (3,4%): левосторонний напряженный пневмо(карбо)торакс (1) и кровотечение из коротких желудочных сосудов (1) (в дальнейший анализ эти больные не включены). Интраоперационные осложнения, не приведшие к конверсии: кровотечение - 7 (12,3%) больных; вскрытие левой плевральной полости - 3 (5,3%). Дисфагия после операции была выявлена у 11,4% (5/44) больных после фундопликацию по Ниссену. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной манжеты по Тоупе. В 2-х случаях было выполнено 1-2-кратное бужирование пищевода. При суточной рН-метрии в период 6-12 месяцев после операции признаки гастроэзофагеального рефлюкса были выявлены у 5,3% (3/57) больных: по Ниссену - 0/44; по Тоупе - 1/4; по Дору - 2/2; по оригинальной методике - 0/8. Эти данные совпадали с клиническими проявлениями, характерными для ГЭРБ. Рецидива грыжи не выявлено ни разу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопическая фундопликация - метод выбора при лечении больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Методика фундопликации должна сопровождаться низкой частотой дисфагии в послеоперационном периоде при высоких антирефлюксных свойствах.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТЕНЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ГРУДИНЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАРДИОДИАФРАГМАЛЬНЫХ ЛИПОМ

**Мазурин В.С., Соколов Н.Н., Ахметов М.М., Ершова К.И., Кузьмичев В.А.,
Прищепо М.И.**

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ Использование торакоскопического метода повышает безопасность удаления кардиофрагмальных липом больших размеров.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Повышение безопасности удаления кардиофрагмальных липом больших размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализируется опыт использования видеоторакопии как вспомогательного метода при удалении кардиофрагмальных липом (КДЛ). КДЛ являются нередкой находкой при рентгенологическом исследовании грудной клетки. Патогенетически данные липомы являются выходом предбрюшинного жира в плевральную полость через отверстие Морганьи. В большинстве случаев КДЛ не требуют лечения. При значительных размерах (более 10 см) возможно негативное влияние на сердце и легкие. Традиционным методом оперативного лечения КДЛ является их удаление из параксифоидального внебрюшинного доступа, с последующим ушиванием отверстия Морганьи. При значительных размерах КДЛ могут потребоваться дополнительные технологии - видеоассистенция, элевация грудины.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данные пособия использованы у 5 пациентов с КДЛ более 10 см, и в одном случае при размерах КДЛ 25x14 см. Торакокопия позволяла контролировать полноту удаления липом, полноту гемостаза и полностью избежать риска повреждения диафрагмального нерва. Элевация грудины позволила избежать торакотомии при удалении гигантской КДЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Торакоскопическая видеоассистенция позволяет повысить безопасность операции при удалении кардиофрагмальных липом.

ПОРОЗНАЯ ДИАФРАГМА КАК ПРИЧИНА КАТАМЕНИАЛЬНОГО ПНЕВМОТОРАКСА

**Мазурин В.С., Ахметов М.М., Ершова К.И., Кузьмичев В.А.,
Прищепо М.И.**

МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, г. Москва

Описывается торакоскопическая диагностика причины катамениального пневмоторакса.

АКТУАЛЬНОСТЬ Катамениальный (параменструальный) пневмоторакс относится к довольно редким формам вторичного пневмоторакса. В связи с редкостью наблюдений анализ каждого случая успешного лечения представляет интерес.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Подтверждение трансцервикально-трансдиафрагмального пути поступления воздуха в плевральную полость.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализируется наблюдение за 44 летней женщиной в течение 5 лет страдавшей ежемесячно возникавшим правосторонним пневмотораксом. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** С лечебной и диагностической целью была выполнена видеоторакоскопия справа, не подтвердившая патологии легкого (булл, Рубцовых изменений, признаков эндометриоза), но выявившая многочисленные дефекты в сухожильной части диафрагмы - порозная диафрагма. Предположен трансцервикально-трансдиафрагмальный путь поступления воздуха в плевральную полость. На следующий день пациентке выполнена эндоскопическая коагуляция устьев маточных труб (пациентка не планирует беременности). Обтурация маточных труб в последующем подтверждена гистерографией. В последующем рецидивов пневмоторакса не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, если заподозрен катамениальный пневмоторакс и при торакоскопии выявлена порозная диафрагма, в алгоритм лечения необходимо включить вмешательства на маточных трубах, как патогенетический и наименее травматичный метод лечения данного вида вторичного пневмоторакса. Пластика диафрагмы имеет смысл, если облитерация маточных труб нежелательна.

Материал и методы: проанализированы дооперационные и послеоперационные данные по 25 больным, которым во время

Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана, Казахстан

Авторами выявлены наиболее важные дооперационные предикторы укорочения пищевода, такие как: выраженное расширение хиатусного отверстия и эзофагит III и IV степени, особенно при наличии пищевода Барретта.

В настоящее время для выявления укорочения пищевода во время эзофагогастродуоденоскопии по меткам на вводимой части эндоскопа определяют расстояние от резцов до зубчатой линии. Но данный способ неточен ввиду зависимости длины пищевода не только от пола, но и от роста, конституциональных особенностей пациента и возраста.

Целью настоящей работы было определение наиболее значимых дооперационных диагностических предикторов, указывающих на большую вероятность наличия приобретенного короткого пищевода (КП) при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материал и методы: проанализированы дооперационные и послеоперационные данные по 25 больным, которым во время

лапароскопической операции по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) было установлено наличие укорочения пищевода. Из них, у 21 пациента установлена 1 степень укорочения, а у 4-х - вторая степень укорочения. Всем пациентам с КП в предоперационном периоде проведены рентгенологические и эндоскопические исследования. При эндоскопическом исследовании, наряду с определением степени эзофагита, измеряли по меткам эндоскопа расстояние от контуров хиатусных ножек (хиатальное сужение желудка) до пищеводно-желудочного перехода (Z-линии). По показаниям проводилось морфологическое изучение биоптатов из слизистой оболочки пищевода.

Результаты: эндоскопически выявлено, что, как правило, до операции расстояние между хиатальным сужением и Z-линией составляло значения более 2,5 см. Данный эндоскопический признак грыжи находил подтверждение во время операции, когда у всех пациентов с укорочением пищевода имелось значительное расширение пищеводного хиатусного отверстия. Из них, у 3-х пациентов с КП выявлено расширение хиатуса от 3 до 5 см, у 15 больных - от 5 до 8 см, а у 14 оперированных установлено расширение хиатуса более 8 см. Эзофагит III и IV степени выявлен до операции у 23 (92%) больных. При этом, среди пациентов с КП выявлено 9 (36%) случаев пищевода Барретта. В большинстве случаев ГПОД была фиксированной и не уменьшалось в вертикальном положении при контрастном рентгенологическом исследовании и при эзофагогастродуоденоскопии.

Выводы: наиболее важными дооперационными предикторами укорочения пищевода являются выраженное расширение хиатусного отверстия и эзофагит III и IV степени, особенно при наличии пищевода Барретта.

КОМБИНИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИМЕНЯЕМАЯ НА ОСНОВЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ

Оспанов О.Б., Хасенов Р.Е., Шпис П.В., Кожахметов С.К.

Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана, Казахстан

Авторами предложена краткая комбинированная классификация грыжевых образований пищеводного отверстия диафрагмы, разработанная на основе различных ранее предложенных классификаций.

В настоящее время для классификации грыжевых образований в области пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) в пределах СНГ широко применяется классификация предложенная Б.В. Петровским и соавт.(1965) и Василенко В.Х. и Гребневым АЛ. (1978). С целью краткого и систематизированного описания грыжевых образований ПОД, на подобие системы TNM в онкологии, мы предлагаем комбинированную классификацию,

разработанную с учетом имеющихся классификаций и формулирующуюся на основе интраоперационных данных.

Материал и методы: Для описания типа грыж ПОД мы использовали международную классификацию, которая разделяет их на I-й тип - аксиальный или скользящий, на II-й тип - параэзофагеальный и III-й тип - смешанный или комбинированный тип. Для сокращения всех трех типов мы использовали следующую общеизвестную аббревиатуру НН I-III - (Hiatus Hernia I - III типов). Для уточнения аббревиатуры НН I-III можно добавлять вид грыжи по его содержанию с сокращением, например: card.-кардиальная; cardiofund.-кардиофундальная; subtotal-субтотальная желудочная; total. - тотальная желудочная; fund.- фундальная; antr.-антральная; и т.д. Ширину пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), длину абдоминального отдела пищевода, а так же укорочение пищевода определяли интраоперационно, используя для измерений откалиброванный серийно выпускаемый сгибающийся инструмент «Гольдфингер». Различали параметры ширины (width) хиатусного отверстия: W0 - нормальная ширина хиатуса пищевода до 1,5 см (расширение 0 степени); W1 - малое расширение ПОД -до 3-х см (расширение 1 степени); W2 - среднее расширение, более 3- 5 см (расширение 2 степени); W3 - большое расширение хиатуса, более 5 до 8 см (расширение 3 степени); W4 - гигантское расширение ПОД, более 8 см (расширение 4 степени). Укорочение пищевода (Short esophagus) обозначали как SE. SE 0 - нет укорочения; SE I - укорочение пищевода до 4см; SE II - укорочение пищевода более 4см. Таким образом, краткая комбинированная классификация ГПОД по типу грыжи, степени расширения пищеводного отверстия диафрагмы и укорочению в основном представлена в виде НН I-III; W0-4; SE 0-II. Например: параэзофагеальную фундальную грыжу с большой степенью расширения хиатусного отверстия, без укорочения мы обозначали как НН II (fund.);W 3; SE 0.

Результаты: Предложенная классификация применена нами для описания грыжевых образований пищеводного отверстия диафрагмы во время проведенных нами 73 лапароскопических хиатопластик с фундопликацией. Аксиальный тип (НН I) выявлен у 56 (76,7%) больных. Параэзофагеальный (НН II) тип выявлен только у 2-х (2,7%) пациентов и смешанный (НН III) тип выявлен у 15 (20,6%). Из них, 39 (53,4%) составили кардиальные, 31(42,4%) кардиофундальные, 2(2,7%) фундальные и 1 (1,36%) тотальная желудочная грыжи. Среди оперированных пациентов с расширением 1 степени было 4 (5,48%); с расширением 2 степени - 25 (34,2%); 3 степень расширения наблюдали у 30 (41 %) и с 4 степенью было 14 (19,2%) больных. Без укорочения пищевода выявлено 46 (63%) пациентов. С укорочением пищевода 1 степени было 22 (30,2%) пациента и с приобретенным укорочением 2 степени нами выявлено 5 (6,9%) человек. Таким образом, по нашим данным, наиболее частой формулировкой грыжевых параметров в области пищеводного отверстия

диафрагмы и без укорочения пищевода.

Вывод: предлагаемая классификация позволяет кратко, но достаточно полно отразить параметры грыжевых образований в области пищеводного отверстия диафрагмы и может быть применена в клинической практике.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННОГО КАТАМЕНИАЛЬНЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Пищик В.Г., Атюков М.А., Оборнев А.Д., Яблонский П.К.

Кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета СПбГУ,
г. Санкт-Петербург

Спонтанный пневмоторакс относится к наиболее изученным хирургическим заболеваниям органов грудной полости. Широко известно, что чаще всего им страдают молодые мужчины с различными видами эмфиземы легких. В то же время, женщинам, страдающим спонтанным пневмотораксом, уделяется недостаточно внимания.

За 10-летний период в центре интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии ГМПБ №2 обследовалось и лечилось 126 пациенток со спонтанным пневмотораксом. У 7 из них выявлен катамениальный пневмоторакс. Этот термин предложил в 1972 году Lillington для случаев спонтанного пневмоторакса, развившегося в течение первых 3-х суток после начала менструации.

История изучения этого вопроса насчитывает не более 40 лет, при этом большинство исследователей указывают на связь катамениального пневмоторакса и экстрагенитального эндометриоза. Одной из основных версий механизма развития этого вида пневмоторакса является теория «порозной» диафрагмы. Отторжение эндометриоидных гетеротопий во время менструации вызывает образование сквозных дефектов в сухожильном центре диафрагмы (чаще справа). Исчезновения слизистой пробки в цервикальном канале во время менструаций приводит к поступлению воздуха в брюшную, а затем через дефекты в сухожильном центре диафрагмы в плевральную полость с развитием пневмоторакса.

При ретроспективном анкетировании пациенток с верифицированным эндометриозом, проходивших лечение на отделении гинекологии ГМПБ№2, оказалось, что около 20% женщин предъявляют те или иные респираторные жалобы во время менструаций. С другой стороны у 57% женщин, госпитализированных на отделение торакальной хирургии с диагнозом катамениальный пневмоторакс, ранее был диагностирован эндометриоз. Одним из нерешенных вопросов остается выбор лечебной тактики у больных катамениальным пневмотораксом. Рецидивирующее течение заболевания и необходимость гистологической верификации

диагноза, по нашему мнению является показанием к противорецидивному оперативному лечению. В большинстве случаев операция может быть выполнена с использованием видеоторакоскопической техники. Основными этапам операции являются:

- атипичная резекция участков легкого, содержащих эндометриоидные гетеротопии;
- резекция фенестрированных участков диафрагмы и/или ушивание этих дефектов
- индукция плевродеза

С целью индукции плевродеза мы чаще всего используем субтотальную костальную плеврэктомию, дополнительно обрабатывая диафрагму и некоторые участки медиастинальной плевры усиленной в аргоновой среде электрокоагуляцией. Рецидив пневмоторакса в отдаленные сроки после оперативного лечения мы наблюдали лишь у одной пациентки на фоне развития правосторонней диафрагмальной грыжи.

Таким образом, при выявлении у пациентки детородного возраста правостороннего спонтанного пневмоторакса торакальный хирург должен помнить о возможности поражения диафрагмы, обязательно провести ее ревизию и ушивание всех дефектов при видеоторакоскопии.

ПЛАСТИКА ДИАФРАГМЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Пришвин А. П., Белевитин А. Б., Майстренко Н. А., Сингаевский С. Б.
Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Санкт-Петербургская многопрофильная клиника имени Пирогова Н.И.,
г. Санкт-Петербург

Многочисленные аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) остаются предметом оживленной дискуссии. Успехи современной медикаментозной терапии бесспорны, однако не исключают вероятность прогресса заболевания и развития его осложнений. Кроме того, хроническое консервативное лечение и инструментальный контроль требуют существенных материальных затрат от системы здравоохранения и пациента. Устранение диафрагмальной грыжи мы рассматриваем как важный и патогенетически обусловленный этап операции. Использование различных вариантов аллопластики является современным направлением в герниологии. Данное обстоятельство побудило нас использовать принципы свободной от натяжения пластики при выполнении антирефлюксных вмешательств.

Материал и методы: Истории болезни 87 больных ГЭРБ, которым выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция в период с 2000 по 2008 год. В 11 случаях симультанно выполнена холецистэктомия, в 9 - бандажирование желудка. Предоперационное обследование включало использованием эндоскопических и рентгенологических методик. Диастаз ножек диафрагмы устранялся свободной от натяжения пластикой, фундопликацию выполняли по методике Ниссена. В случаях выполнения бандажирования желудка фундопликация не выполнялась. В качестве имплантатов использовали сетки из полиэфирных нитей. Исследования в послеоперационном периоде проводились через 1,6 месяцев и далее ежегодно.

Результаты: У всех больных на догоспитальном этапе выявлены заброс контрастного вещества при проведении пробы Вальсавы, неполное смыкание кардиального сфинктера, пролабирование слизистой оболочки желудка в просвет пищевода и явления дистального рефлюкс-эзофагита.

Длительность операции колебалась в пределах от 240 до 65 минут. Срок стационарного лечения не превышал 3 суток. Из интраоперационных осложнений в одном случае зафиксировано повреждение стенки желудка. Конверсии не было. В послеоперационном периоде в одном случае произошло нагноение троакарной раны. Длительность и интенсивность болевого синдрома были сравнимы с таковыми у пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию. Выполнение ряда оперативных вмешательств симультанно, уменьшило общие затраты на лечение. По результатам контрольных исследований у всех пациентов зафиксирована положительная клиническая динамика. Отличные и хорошие результаты лечения получены более чем у 90% больных. Отсутствие потребности в медикаментозной терапии зафиксировано у 83 (95,4%) больных. По истечении 2 лет наблюдения после операции эти пациенты выведены из группы диспансерного учета по ГЭРБ, что исключило необходимость выполнения регулярных контрольных исследований.

Выводы: Анализ непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения больных диафрагмальными грыжами в сочетании с ГЭРБ говорит о положительных клинических результатах и экономическом эффекте данной тактики. Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности и безопасности предложенного вида операции. Вместе с тем, мы осознаем, что применение различных вариантов аллопластики является новым направлением в развитии техники антирефлюксных вмешательств и требует дальнейшего изучения.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

**Разумовский А. Ю., Голоденко Н. В., Беляева И. Д., Эверстова Т. Н.,
Мокрушина О. Г., Митупов З. Б.**

Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО РГМУ, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва

Продемонстрирован опыт клиники детской хирургии РГМУ в эндохирургическом лечении детей различного возраста с диафрагмальными грыжами.

С развитием торакоскопии в последние годы стало возможной коррекция диафрагмальных грыж (ДГ) эндохирургическим способом. Однако, эндохирургические вмешательства при ДГ выполняются сравнительно редко, особенно у новорожденных с ложными ДГ.

Материалы и методы. С 2001 по настоящее время в ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова оперировано 76 детей с ДГ эндохирургическим способом в возрасте от 1 суток до 13 лет. Новорожденные составили 15,7% (n=12). Масса тела - от 1100 грамм до 65 кг. Эндоскопическую коррекцию ДГ выполняем торакоскопическим способом, за исключением грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и ретростернальных грыж, когда выполняем лапароскопические операции.

Положение больных при торакоскопической коррекции ДГ на здоровом боку. Используем эндотрахеальную интубацию и коллапсирование легкого инсуффляцией CO₂ под давлением 4 - 6 мм. рт. ст. и потоком 1 л/мин. У старших детей создаем давление в плевральной полости 6 - 8 мм. рт. ст. В плевральную полость вводим 3 троакара диаметром 3,5 - 4 мм. Для манипуляций используем инструменты 3 мм. При истинных ДГ и релаксации купола диафрагмы накладываем гофрирующие швы (Ethibond 3/0) в переднезаднем направлении до полного уплощения купола диафрагмы. При ложных ДГ органы брюшной полости под воздействием инсуффляции CO₂ и при помощи эндоскопических инструментов постепенно погружаем в брюшную полость через дефект диафрагмы. С целью облегчения погружения грыжевого содержимого повышаем давление CO₂ в плевральной полости до 8 мм. рт. ст. После погружения кишечника и других органов в брюшную полость ушиваем дефект диафрагмы отдельными швами Ethibond 3/0 (Ethicon). Все узлы завязываем экстракорпорально. Во всех наблюдениях в плевральной полости обнаружены петли тонкой и толстой кишок. В трех случаях содержимым плевральной полости помимо кишечника были селезенка и желудок, в одном наблюдении левая почка. При отсутствии мышечного валика у реберного края диафрагмы выполняем фиксацию диафрагмы к грудной стенке за ребро. При ретростернальных грыжах и ГПОД пластику диафрагмы выполняем из лапароскопического доступа. При этом используем 3 троакара диаметром 3,5 - 4 мм. Принципиально важным этапом операции является полное иссечение грыжевого мешка. После низведения органов в брюшную полость передний край диафрагмы фиксируем к передней брюшной стенке отдельными швами. При ГПОД используем 5 троакаров диаметром 3,5 - 4 мм. Лапароскопическая

коррекция ГПОД заключается в иссечении грыжевого мешка, пластике пищеводного отверстия диафрагмы и гастродупликаци по Ниссену. В случаях повторных операций при рецидиве ГПОД, в том числе при рецидиве заболевания после открытых операций используем прокладки из тефлонового войлока при сшивании ножек диафрагмы.

Результаты. Эндоскопическая пластика диафрагмы выполнена у 28 больных с истинной ДГ, из них 4 новорожденных, и с релаксацией купола диафрагмы у 11 больных. Ложная ДГ корригирована у 12 больных, из них 8 новорожденных. В 3 наблюдениях корригирована ретростернальная грыжа и у 22 больных ГПОД. В 6 случаях (7,8%) потребовалась конверсия вследствие малого объема плевральной полости, травматичного низведения органов в брюшную полость и спаечного процесса. Из них в 3 случаях конверсия выполнена при рецидиве ГПОД вследствие выраженного спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных открытых операций. В одном наблюдении не удалось вправить органы в брюшную полость у новорожденного с ложной ДГ из-за ущемления органов в дефекте диафрагмы. Случаи рецидива истинной ДГ наблюдались у двух больных и у двух детей после лапароскопической коррекции ГПОД. Ни в одном случае при эндоскопической пластике диафрагмы мы не использовали синтетический материал. В группе новорожденных у одного больного с ложной ДГ отмечен рецидив заболевания. Этот ребенок оперирован повторно торакоскопически. Один ребенок с ложной ДГ умер вследствие тяжелого течения пневмонии в раннем послеоперационном периоде.

Заключение. Коррекция ДГ с использованием лапароскопической и торакоскопической техники возможна у детей вне зависимости от возраста и массы тела, а также при рецидиве заболевания. Эндохирургические операции при врожденных ДГ являются крупным вкладом в улучшении результатов лечения новорожденных с ДГ.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ

Стрижелецкий В.В., Шмидт Е.В., Черепанов Д.Ф.

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы,
кафедра хирургии СПбГУ, г. Санкт-Петербург

Несмотря на широкий выбор лекарственных препаратов и схем лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, антирефлюксная терапия носит лишь симптоматический характер и направлена на улучшение качества жизни. Через 6 месяцев после прекращения антирефлюксной терапии возобновление

симптомов заболевания отмечается у 50%, а через 12 месяцев - у 87- 90% пациентов. В 7- 10 % случаев, даже на фоне терапии, развиваются такие осложнения ГЭРБ, как пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Баррета.

В последние годы отмечается значительный рост ГЭРБ, а также грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) сочетающихся с патологией билиарного тракта. По данным статистических исследований отмечено, что данное сочетание отмечено в 8 - 12% случаев.

Мы считаем, что сегодня возможна и является приоритетной одномоментная хирургическая коррекция при сочетании данных заболеваний с использованием эндовидеохирургической (ЭВХ) техники оперирования.

С 1999 по 2008 г., на базе нашего центра, лечились и обследовались 205 пациентов с данной патологией, которым были выполнены симультанные операции по поводу желчнокаменной болезни, сочетающейся с гастроэзофагеальнорефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

В качестве инструментальных исследований подтверждающих диагноз использовались: УЗИ брюшной полости; ФЭГДС; рентгенологическое (полипозиционное) исследования пищевода и желудка; 24-часовая рН - метрия.

В программе предоперационной подготовки все больные с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью получали консервативное лечение для уменьшения клинических проявлений заболевания, включающее Н2-блокаторы, блокаторы протонной помпы, прокинетики, антациды.

Во время диагностической лапароскопии, выполняемой нами в начале каждой операции, при ревизии зоны пищеводно-желудочного перехода было установлено, что в 168 случаях грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была аксиальной, а у 27 пациентов - параэзофагеальной.

Первым этапом операции, для коррекции функции желудочно-пищеводного перехода нами выполнены следующие виды ЭВХ фундопликации: по способу Nissen 15(7,3%), по способу Toupet - 35 (17,1%), по способу Dor 155 (75,6%). Во всех случаях фундопликация дополнялась крурорафией, передней, задней или их сочетанием в зависимости от величины грыжевых ворот. Вторым этапом операции производилась холецистэктомия по отработанной методике. Интраоперационные осложнения отмечены у 5 (2,4%) пациентов (повреждение плевры -2, кровотечение из ножки диафрагмы -3). В послеоперационном периоде мы изучили результаты лечения в сроки через 1 и 6 месяцев после операции.

Субъективно в ближайшем послеоперационном периоде у 8 (3,9%) пациентов отмечалась кратковременная дисфагия, которая самостоятельно купировалась к моменту выписки пациентов. В остальных случаях отмечены

симптомов заболевания отмечается у 50%, а через 12 месяцев - у 87- 90% пациентов. В 7- 10 % случаев, даже на фоне терапии, развиваются такие осложнения ГЭРБ, как пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барррета.

В последние годы отмечается значительный рост ГЭРБ, а также грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) сочетающихся с патологией билиарного тракта. По данным статистических исследований отмечено, что данное сочетание отмечено в 8 - 12% случаев.

Мы считаем, что сегодня возможна и является приоритетной одномоментная хирургическая коррекция при сочетании данных заболеваний с использованием эндовидеохирургической (ЭВХ) техники оперирования.

С 1999 по 2008г., на базе нашего центра, лечились и обследовались 205 пациентов с данной патологией, которым были выполнены симультанные операции по поводу желчнокаменной болезни, сочетающейся с гастроэзофагеальнорефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

В качестве инструментальных исследований подтверждающих диагноз использовались: УЗИ брюшной полости; ФЭГДС; рентгенологическое (полипозиционное) исследования пищевода и желудка; 24-часовая рН - метрия.

В программе предоперационной подготовки все больные с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью получали консервативное лечение для уменьшения клинических проявлений заболевания, включающее Н2-блокаторы, блокаторы протонной помпы, прокинетики, антациды.

Во время диагностической лапароскопии, выполняемой нами в начале каждой операции, при ревизии зоны пищеводно-желудочного перехода было установлено, что в 168 случаях грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была аксиальной, а у 27 пациентов - параэзофагеальной.

Первым этапом операции, для коррекции функции желудочно-пищеводного перехода нами выполнены следующие виды ЭВХ фундопликации: по способу Nissen 15(7,3%), по способу Toupet - 35 (17,1 %), по способу Dor 155 (75,6%). Во всех случаях фундопликация дополнялась крурорафией, передней, задней или их сочетанием в зависимости от величины грыжевых ворот. Вторым этапом операции производилась холецистэктомия по отработанной методике. Интраоперационные осложнения отмечены у 5 (2,4%) пациентов (повреждение плевры -2, кровотечение из ножки диафрагмы -3). В послеоперационном периоде мы изучили результаты лечения в сроки через 1 и 6 месяцев после операции.

Субъективно в ближайшем послеоперационном периоде у 8 (3,9%) пациентов отмечалась кратковременная дисфагия, которая самостоятельно купировалась к моменту выписки пациентов. В остальных случаях отмечены

хорошие результаты лечения, в дополнительном медикаментозном лечении пациенты не нуждались, признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточности кардиального жома при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании не отмечено.

Таким образом, результаты проведенной работы показали, что больные с симптомами заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта и органов гепатопанкреатодуоденальной зоны всегда должны быть комплексно обследованы с применением современных информативных методов. При выявлении данных заболеваний показано проведение симультанных вмешательств с использованием эндовидеохирургических технологий.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ КОРРЕКЦИИ
ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА ПО ТЕХНОЛОГИИ N.O.E.S.
Фёдоров А.В.¹, Сажин А.В.², Старков Ю.Г.¹, Солодонина Е.Н.¹, Сажин В.П.³,
1) НИИ хирургии им А.В. Вишневского, 2) Кафедра общей хирургии
педиатрического факультета РГМУ, 3) МУЗ «Новомосковская городская
клиническая больница», 4) ГКБ №4 ДЗ
г. Москва, г. Новомосковск**

В работе представлены результаты 4 транслюминальных операций по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Известно, что решающую роль в возникновении гастро-эзофагеального рефлюкса играет дисфункция пищеводно-желудочного клапана. Большинство разработанных хирургических методик направлено на воссоздание замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода. Важным аспектом эндоскопической хирургии через естественные отверстия (N.O.T.E.S.) являются трансгастральные вмешательства, в частности коррекция пищеводно-желудочного перехода. В мировой литературе (по состоянию на июнь 2008 г.) сообщено о 450 таких операциях.

В 2008 г. было выполнено 4 внутрипросветные фундопликации с использованием системы EsophyX™. Все пациенты были женского пола, в возрасте от 38 до 53 лет. Больные отмечали симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни длительное время (свыше 3 лет), у всех пациенток рентгенологически подтверждалось наличие диафрагмальной грыжи не более 4 см в диаметре. Показанием к операции служило отсутствие эффекта от медикаментозной терапии блокаторами протоновой помпы в течение года. Процедура выполнялась под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ в положении больного на левом боку. Система EsophyX™ вводилась в желудок на видеогастроскопе. По большой кривизне, сразу ниже Z-линии формировалась складка слизистой пищеводно-желудочного перехода, которая прошивалась Н-образными скобками. Данная процедура выполнялась поэтапно по всей

большой кривизне с переходом на переднюю и заднюю стенки желудка, таким образом, создавалась складка от 180 до 270 градусов, длиной до 4 см. Клипсы накладывались в два ряда, производилось от 14 до 18 прошиваний.

Интраоперационных осложнений не отмечено. Кровопотеря не превышала 20-30 мл. Среднее время операций составило 112 мин. Больные активизировались в день операции, на 1-е сутки приступали к кормлению жидкой пищей. У одной пациентки в послеоперационном периоде развилась левосторонняя нижнедолевая пневмония. Послеоперационный койко-день составил 9,3, однако, у 3 больных необходимость стационарного пребывания диктовалась исключительно научными интересами.

Сроки наблюдения составляют 7 месяцев. Симптомов рефлюкса не отмечает ни одна пациентка, от медикаментозной терапии отказались. На ЭГДС сохраняется созданная складка желудочно-пищеводного перехода, симптомы рефлюкс-эзофагита отсутствуют.

Таким образом, методика является адекватным способом устранения гастроэзофагеального рефлюкса, занимая промежуточное положение между медикаментозной терапией и лапароскопической операцией.

ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА - САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРИИ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ, МНОГОЦЕНТРОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (446 ПАЦИЕНТОВ)

Шазеле Кирилл, Франция

Цель исследования:

Продольная резекция желудка является технически полноценной операцией для пациентов с морбидным ожирением. Полученные результаты позволяют предположить, что данная операция (метод лечения) станет методом выбора у данной категории пациентов. Цель исследования: анализ результатов ретроспективного, многоцентрового исследования.

Материалы и методы исследования:

У 75% пациентов продольная резекция желудка была проведена как единственный метод лечения, а у 25% - после неэффективности бандажирования желудка. Группу обследования - 446 пациентов (из них 372 женщины и 74 мужчины). Средний вес пациентов до оперативного лечения составлял 127 кг. У 141 пациента индекс массы тела до операции был больше 50, а у 305 пациентов индекс массы тела - от 35 до 50.

Результаты

Осложнения:

В интра- и послеоперационном периоде а также за время наблюдения в

течение двух лет летальных исходов не было. У 442 (83,3%) больных были обращения по поводу незначительных причин. У 42% пациентов развились незначимые осложнения. Общее количество формирования фистул от 4% до 19%. Средняя потеря массы тела составила 32 кг (минимальное 24 кг, максимальное 35). Средняя ПЕР составила 60%. Несостоятельность наблюдалась в 20 %.

Выводы:

Полученные результаты подтверждают эффективность предложенного вмешательства при изолированном индексе массы тела меньше 50.

При сравнении методов бандажирования желудка и продольной резекции желудка, преимущество последнего метода очевидны.

Результаты продольной резекции желудка представляются технически более простыми и малоболезненными.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ

Чистяков Д.Б., Пешехонов С.И., Яценко А.С.

ГУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург

В статье проанализированы диагностические возможности и технические приемы эндовидеохирургических вмешательств при травматических повреждениях диафрагмы.

В Александровской больнице в период с 1998 года по 2008 год, было пролечено 26 пациентов имевших травматические повреждения диафрагмы с применением эндовидеохирургических методик. Из них мужчин - 21, женщин - 5. Средний возраст составил 32 года.

С закрытыми повреждениями диафрагмы с интерпозицией органов брюшной полости - 7 пациентов, остальные торакоабдоминальные ножевые ранения - 19 пациентов. Четверо из пациентов с закрытыми повреждениями диафрагмы поступили в сроки, от 2 до 3 суток после ДТП. У них были диагностированы разрывы левого купола диафрагмы с интерпозицией различных органов брюшной полости. У двоих - участок толстой кишки, у одного - желудок, в одном случае - прядь большого сальника. Трое пациентов поступили в ближайшие сроки после травмы, у них были выявлены травматические разрывы левого купола диафрагмы без интерпозиции органов.

Только в двух случаях потребовались органно - удаляющие операции. В одном случае после лапаро- и торакоскопии при интерпозиции толстой кишки была выявлена перфорация толстой кишки в плевральной полости, что потребовало резекция органа: Во 2 случае - была произведена резекция пряди большого сальника эндовидеохирургически. В остальных случаях были выполнены операции эндовидеохирургическим методом - ушивание

непрерывным швом дефекта диафрагмы и дренированием плевральной и брюшной полостей.

У 19 (73%) пациентов с торакоабдоминальными ножевыми ранениями выполнены различные эндовидеохирургические операции. 17 пациентам были проведены эндовидеохирургические вмешательства с ушиванием дефекта диафрагмы и дренированием плевральной и брюшной полостей. Трое из них, понадобилась остановка кровотечения из раны печени - в двух случаях методом коагуляции и в одном случае - рана левой доли была ушита. Двум пациентам, проведена остановка кровотечения из межреберных сосудов. В одном случае произведено ушивание раны легкого. Двум пациентам были выполнены лапаро - и торакотомии после диагностических эндовидеохирургических процедур.

Диаметр повреждения диафрагмы в подавляющем большинстве случаев (90%) составил не более 4 см. Разрывы носили звездчатый и линейный характер - были ушиты непрерывным швом эндовидеохирургической методикой. Продолжительность лечения в условиях стационара составила в среднем 8 койко-дней.

При подозрении на травматическое повреждение диафрагмы и торакоабдоминальных ранениях целесообразно проведение эндовидеохирургических вмешательств, которые в ряде случаев являются окончательным методом лечения больных.

БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

1 Яшков Ю.И., 2 Никольский А.В., 3 Карпова Е.В.

1 ЗАО "Центр эндохирургии и литотрипсии", г. Москва
2 НУЗ "Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО "РЖД",
г. Смоленск

3 Кафедра эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии
РМАПО, г. Москва

Представлен наибольший в Восточной Европе опыт применения операции билиопанкреатического шунтирования с продольной резекцией желудка (БПШ/ПРЖ). С сентября 2003 г. В ЗАО ЦЭЛТ БПШ/ПРЖ произведена 205 пациентам с исходной массой тела (МТ) 136,2 + 24,0 (94-207) кг, средним индексом МТ - 47,8 + 7,3 (35,3 - 71,7) кг/м². У 28 из них индекс МТ был от 35 до 40 кг/м², у 117 - 40-49,9 кг/м², у 60 > 50 кг/м². У 40 пациентов в рассматриваемой группе диагностирован сахарный диабет типа 2 (СД-2). Летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения

наблюдались у 5,85 % пациентов (нагноение раны-5, несостоятельность швов культи 12- перстной кишки и желудка - по 1, рабдомиолиз с острой почечной недостаточностью вследствие длительного позиционного сдавления -2, анастомозит - 1, гемоперитонеум - 1, очаговый панкреонекроз - 1). Поздние осложнения включали: тонкокишечную непроходимость - 3,9 %, синдром белковой мальабсорбции - 3 (1,46 %) послеоперационные грыжи - 10,2 %, уролитиаз - 2,5 %. Средний процент потери избыточной МТ к 2 годам составил 75,6 + 16,6 %, что выше, по сравнению с результатами вертикальной гастропластики, бандажирования желудка, гастрощунтирования, ПРЖ. У всех пациентов с СД-2 отмечена нормализация глюкозы в крови, а затем и гликированного гемоглобина уже вскоре после операции, до значительного снижения МТ. Продемонстрирован выраженный клинический эффект БПШ/ПРЖ у 7 больных с нервной булимией. Процент потери избыточной МТ различался в группах в зависимости от исходного индекса МТ, ни у одного пациента индекс МТ не снизился ниже нормы. Достижение нормохолестеринемии рассматривается как вполне предсказуемый результат операции. Повторные реконструктивные операции на тонкой кишке, направленные на улучшение результата (3,4 %), либо коррекцию белковой недостаточности (1,46 %) выполнялись, как правило, одновременно с абдоминопластикой.

БПШ/ПРЖ рассматривается нами как в достаточной мере безопасная операция, обеспечивающая хорошие и отличные результаты у 95% больных, а также вполне предсказуемую нормализацию гликемии у больных с СД-2, сочетающегося с ожирением при сохраненном пуле функционирующих бета - клеток. Хорошие результаты достигнуты во всех "весовых" группах, в том числе при индексе МТ менее 40 кг/м², а также у больных с трудноуправляемым пищевым поведением. Степень создаваемой рестрикции и мальабсорбции может зависеть от исходного индекса МТ. В связи с возможными побочными метаболическими эффектами необходимо тщательное долгосрочное наблюдение за всеми оперированными пациентами.

Библиотека герниолога - www.DocIvanov.ru