

Вывод. Таким образом, лечение больных с использованием принципов «ненатяжной» герниопластики, несмотря на выбор методики, позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения этой категории больных.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

ШАБУНИН А.В.^{1,2}, БАГАТЕЛИЯ З.А.^{1,2}, ГРЕКОВ Д.Н.^{1,2},
ЯКОМАСКИН В.Н.¹, СКОРОБОГАТОВ М.Б.¹

¹ ГKB им. С.П. Боткина, Москва

² Кафедра хирургии РМАНПО, Москва

grekov.doc@list.ru

Введение. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — заболевание пищевода и связочного аппарата диафрагмы, при котором возникает расширение пищеводного отверстия диафрагмы и растягиваются связки, фиксирующие пищевод и желудок. В результате развивается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. По данным Европейской и Американской гастроэнтерологических ассоциаций, если ГПОД существует в течение 5–12 лет без лечения, то риск развития рака пищевода возрастает в 2,5–3 раза через 5 лет, в 4–5 раз в зависимости от возраста — через 12 лет.

Показания к оперативному лечению. Абсолютным показанием к оперативному лечению мы считаем наличие ГПОД III–IV степени, а также II степени при наличии эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита II–III степени по Savary-Miller с неэффективностью консервативной терапии, а также при наличии кардиологической и пульмонологической симптоматики.

Если пациенты предъявляют жалобы только на гастроэнтерологические симптомы, то им проводится консервативная терапия в течение 8–10 недель. При отсутствии эффекта от лечения или быстрого возврата симптомов после лечения, вопрос решается в пользу операции. У больных ГПОД и наличием пульмонологических и кардиологических симптомов вопрос в отношении операции решался без предварительного лечения.

Материалы и методы. В период с 2013 г. по 2017 г. в условиях отделения абдоминальной хирургии выполнено 78 операций по поводу ГПОД. Мужчин было 12 (15,4%), женщин — 66 (84,6%). Возраст больных — от 36 до 82 лет, 59±23.

Все операции начинали лапароскопическим доступом. В 70 случаях выполнена операция: лапароскопическая крурорафия с фундопликацией по Ниссену, что составило 98,7%; в 1 случае — лапароскопическая крурорафия с фундопликацией по Дору 1,3%; в 8-и случаях крурорафия дополнена пластикой сетчатым имплантом в связи с большим натяжением тканей. В 11-и случаях выполнены симультанные операции 14,1%: в 9-и — с ЛХЭ; в 1-м — с лапароскопическим адгезиолизисом по поводу спаечной болезни; в 1-м — с лапароскопической пластикой передней брюшной стенки по поводу грыжи. Конверсий в этой группе больных 7, выполнена операция: Лапаротомия. Крурорафия. Фундопликация по Ниссену. Из них 1 —

в связи с интраоперационным осложнением (перфорация пищевода) и 6 - в связи с выраженным рубцово-спаечным процессом и ожирением IV степени. У этой группы больных выполнена Крурорафия. Фундопликация по Ниссену.

Результаты лечения. Средняя продолжительность операций составила 90 минут ±32,5 мин. На 2-е сутки после операции всем больным проводилось контрольное рентгеновское исследование с водорастворимым контрастом, при котором установлено полное восстановление анатомических взаимоотношений органов. В ближайшем послеоперационном периоде все больные отмечали исчезновение изжоги, уменьшение отрыжки, менялся привкус во рту, купировались кардиологические и пульмонологические симптомы болезни. У 8 (10,2%) больных в раннем послеоперационном периоде была отмечена периодическая дисфагия, которая самостоятельно купировалась на 4–5 сутки после операции.

Средняя продолжительность лечения после операции составила 3к/д ±1,5 дня. У пациентов, которым выполнена конверсия, продолжительность лечения составила 7 суток.

Выводы. Таким образом, лапароскопические операции при ГПОД являются высокоэффективным методом лечения пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ. Сроки лечения и восстановления после операции уменьшаются в 2–2,5 раза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

ШАБУНИН А.В.^{1,2}, БЕДИН В.В.^{1,2}, БАГАТЕЛИЯ З.А.^{1,2},
ГРЕКОВ Д.Н.^{1,2}, ШИКОВ Д.В.¹, ЭМИНОВ М.З.^{1,2}

¹ ГKB им. С.П. Боткина, Москва

² Кафедра хирургии РМАНПО, Москва

grekov.doc@list.ru

Введение. Проблема хирургического лечения острого аппендицита в настоящее время остается актуальной как в медицинском, так и в социальном плане в связи с высокой распространенностью заболевания. Внедрение малоинвазивных способов удаления червеобразного отростка позволило снизить количество раневых осложнений в несколько раз, по сравнению с традиционной методикой. Несмотря на широкое применение малоинвазивных технологий, выбор способа обработки культи червеобразного отростка у взрослых пациентов при лапароскопической аппендэктомии остается предметом дискуссий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 878 больных с острым аппендицитом, оперированных в ГKB им. С.П. Боткина за период с 2015 по 2017 годы. Мужчин было 486 (55,4%), а женщин — 392 (44,6%). Возраст больных составил от 15 до 87 лет. Катаральный аппендицит имел место у 49 (5,6%), флегмонозный — у 673 (76,5%), гангренозный — у 112 (12,8%), гангренозно-перфоративный — у 44 (5,1%) больных. Острый аппендицит, осложненный местным перитонитом, был у 117 (13,3%), распространенным перитонитом — у 68 (7,7%), разлитым перитонитом — у 43 (4,9%) больных.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 813 (92,6%), из доступа Мак Бурнея-Волковича-Дьяконова – у 27 (3,1%), из лапаротомного доступа – у 38 (4,3%) больных. Противопоказаниями к выполнению лапароскопической аппендэктомии явились: тяжелые сопутствующие заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. При лапароскопической аппендэктомии применялась стандартная трехпортовая методика. Дополнительный порт использовался по показаниям. Для обработки брыжейки червеобразного отростка использовались биполярная коагуляция, ультразвуковые ножницы и аппарат LigaSure. У 772 (94,9%) больных при лапароскопической аппендэктомии применялся ампутирующий метод обработки культи с использованием петли Редера, а в остальных 41 (5,1%) случаях культя дополнительно погружена в кисетный и Z-образные или отдельные серо-серозные швы. Показаниями к дополнительной обработке культи явились: самоампутация отростка, инфильтрация стенки купола слепой кишки. У 7 (0,9%) пациентов при лапароскопической аппендэктомии выполнена парциальная резекция купола слепой кишки с использованием линейного сшивающего аппарата ENDO GIA. Показаниями к резекции купола слепой кишки явились тифлит с выраженными трофическими изменениями у больных с периаппендикулярными абсцессами и подозрение на карциноид червеобразного отростка с переходом на стенку слепой кишки.

У 876 (99,8%) больных оперативное вмешательство выполнялось под комбинированным эндотрахеальным наркозом, в остальных 2 (0,2%) случаях применялась спинномозговая анестезия. Показанием к применению спинномозговой анестезии служила беременность.

Результаты лечения. Осложнения после лапароскопической аппендэктомии наблюдались у 13 (1,7%) больных: нагноение троакарных ран – у 9 (1,1%); воспалительный инфильтрат брюшной полости без абсцедирования – 3 (0,3%); ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 1 (0,1%). При нагноении ран и воспалительных инфильтратах применялась антибактериальная терапия, местное лечение с положительным эффектом. У больного с ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью выполнена релапароскопия, адгезиолизис.

Общая летальность составила 0,1% (1). Летальных исходов после лапароскопической аппендэктомии не было. Послеоперационный койко-день составил $2,4 \pm 0,5$ сут.

Выводы. Таким образом, лапароскопическая аппендэктомия позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с острым аппендицитом, уменьшить число гнойных осложнений в послеоперационном периоде до 1,7%, послеоперационный койко-день и сроки реабилитации в послеоперационном периоде.

Лигатурный способ обработки культи является достаточно надежным и может быть использован в большинстве случаев при выполнении лапароскопической аппендэктомии у взрослых пациентов.