

ется удалить ее, особенно при размерах опухоли больше 2 см и изменении ее структуры при динамическом наблюдении. В последнее время при удалении опухолей небольшого размера стали применяться новые внутрисветные эндоскопические технологии. Несколько методик эндоскопического удаления в равной степени присутствуют в арсенале эндоскопической хирургии. В настоящее время интерес авторов представляют тоннельные методы, в том числе в лечении опухолей неэпителиального происхождения. Суть операции заключается в формировании тоннеля в подслизистом слое желудка через разрез слизистой оболочки и энуклеация опухоли с сохранением целостности капсулы.

Материалы и методы. С марта 2014 года было прооперировано 19 пациентов с ГИСО по тоннельной методике. Всего удалено 22 новообразования. Среди пациентов было 4 мужчин и 15 женщин. Средний возраст пациентов составил 62,8 лет. Все оперативные вмешательства проводились в условиях операционной под общей анестезией. Среди прооперированных были как пациенты с впервые выявленными новообразованиями, так и пациенты, длительно наблюдавшихся по поводу подслизистых опухолей. Показанием к операции у данных пациентов являлась отрицательная динамика по данным эндосонографии (ЭУС) в виде увеличения размеров опухоли или изменения ее структуры. Средний размер опухолей составил 17 мм, наименьшее из новообразований было 15 мм, наибольшее – 37 мм.

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом. Средняя продолжительность операции 150,8 минут. Интраоперационный карбоксиперитонеум развился у 4 пациентов – купирован абдоминальной декомпрессией при помощи иглы Вереша. Других осложнений периоперационного периода не наблюдалось. Затеков контрастного вещества при контрольном рентгенологическом исследовании не выявлено. По результатам ИГХ восемь удаленных новообразований желудка оказались ГИСО низкой степени злокачественности, пять опухолей отнесли к промежуточной группе. Четыре новообразования, в том числе мелкие при множественном поражении, были лейомиомами. Двое пациентов отказались от проведения ИГХ. При динамическом наблюдении с проведением ЭГДС и КТ органов брюшной полости признаков рецидива и прогрессирования болезни выявлено не было.

Заключение. Эндоскопическая резекция представляет собой решение дилеммы хирургического лечения небольших подслизистых опухолей миогенного происхождения. Внедрение миниинвазивных методик основано на наблюдении, что небольшие ГИСО ограничены фиброзной капсулой и за счет этого не метастазируют в лимфоузлы. Онкологическая обоснованность данных операций базируется на отсутствии рецидивов и прогрессирования болезни за период наблюдения. Кроме того, минимизация доступа значительно сокращает число осложнений и продолжительность периода реабилитации пациентов после операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОФУНДАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

ХОРОБРЫХ Т.В., КОРОТКИЙ В.И., САЛИХОВ Р.Е., КАКОТКИН Н.П.

Первый МГМУ им И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко

Кафедра факультетской хирургии №1, Москва

dr.korotkiy@mail.ru

Актуальность. Хирургическое лечение больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) часто сопряжено с большим количеством технических трудностей, которые вызваны размерами грыжи, изменениями в области пищеводно-желудочного перехода, атрофией медиальных ножек диафрагмы. В связи с этим спорными являются вопросы выбора оптимального метода антирефлюксной операции и метода восстановления пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) как при открытой операции, так и при лапароскопической.

Материал и методы. С 2006 по 2017 годы выполнено 82 (23,9%) операции у больных с большими ГПОД: 48 (58,5%) – кардиофундальная (КФ), 27 (33,0%) – субтотальная (СТ), 2 (2,4%) – тотальная и 5 (6,0%) – параэзофагеальная (ПЭ) ГПОД. Виды операций: 32 (39,0%) лапароскопические (КФ – 21, СТ – 11) и 50 (61%) – из лапаротомного доступа (КФ – 27, СТ – 16, тотальная – 2, ПЭ – 5). Средний возраст пациентов составил 62,1 года (44 – 83). Длительность заболевания 7,9 лет. Рефлюкс-эзофагит (РЭ) – у 68 (82,9%) пациентов, дисфагия – у 29 (35,4%): развитие пептической стриктуры – у 20 (24,4%), компрессия пищевода содержимым грыжевого мешка – у 9 (11%). Внепищеводные симптомы – у 45 (55,0%) больных, в т.ч. у 14 – бронхолегочный, у 32 – гастрокардиальный. Укорочение пищевода (УП) – у 77 (94%) пациентов, в т.ч.: у 8 (9,7%) – 1-й степени, у 69 (84,1%) – 2-й степени.

Этапы операции: низведение грыжевого содержимого, иссечение грыжевого мешка, симметричная фундо- или гастропликация по Черноусову при 1-й или 2-й степени УП, задняя круорофия. Проведено 19 фундопликаций (эндоскопически – 10) – при УП 1-й степени и 62 гастропликации (эндоскопически – 22) – преимущественно при УП 2-й степени.

Средний диаметр пищеводного отверстия диафрагмы – 7 см. Дефекты ПОД всегда устранялись без установки аллотрансплантатов с помощью задней круорофии. Поперечная пилоропластика была выполнена только при лапаротомии у 21 (25,3%) пациента. Осложнения во время операции – у 7 больных (у 2 – кровотечение, у 4 – вскрытие плевры, у 1 – травма кардии); все устранены во время операции без конверсии, на послеоперационный период не повлияли.

Результаты. Средний койко-день при лапаротомии – 7,2; при лапароскопии – 5,6. Рентген исследование брюшной полости с контрастированием: порционное поступление контраста из пищевода в желудок у 81 (98,7%)

пациента. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у 12 пациентов, в т.ч.: у 4 – дуоденостаз, гастростаз, у 1 – бронхоспазм, у 1 – рецидив ГПОД (неполное иссечение грыжевого мешка), у 1 – явления сердечной недостаточности, у 2 – послеоперационный реактивный панкреатит, у 2 – гиперфункция манжеты.

Указанный рецидив ГПОД (у 1 пациента) потребовал проведения повторной операции (лапаротомия, реконструктивная гастропликация), гиперфункция манжеты (в 1 случае ликвидирована дилатацией, в другом купировать гиперфункцию манжеты удалось только повторной операцией – лапаротомией, рефундопликацией). Остальные осложнения разрешены консервативно. Рецидивов РЭ, осложнений в отдаленном периоде не выявлено.

Адекватно функционирующая манжета располагалась в заднем средостении у 21 пациента. Крурорафия была эффективна у всех пациентов вне зависимости от изначальных размеров ПОД.

Обсуждение. Лечение больших ГПОД всегда сопряжено с УП (93% случаев).

Цель антирефлюксных операций – создание эффективной манжеты, которая работает вне зависимости от расположения относительно диафрагмы. Устранение дефекта ПОД всегда возможно без аллопластики. Оперативное пособие может быть выполнено лапароскопически.

Выводы и рекомендации.

1. Формирование симметричной манжеты по Черноусову – оптимальный метод антирефлюксной операции у больных с большими ГПОД при УП.

2. Правильно сформированная манжета корректирует РЭ вне зависимости от ее расположения относительно диафрагмы, а ее фиксация к окружающим тканям – ошибочна.

3. Полное иссечение грыжевого мешка – эффективная профилактика рецидива грыжи.

4. Задняя крурорафия дает возможность эффективно устранить дефект ПОД без аллопластики.

5. Операция выполнима и эффективна при использовании лапароскопии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТНЫМИ СКОПЛЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., НЕЧИПАЙ А.М., КОМИССАРОВ Д.Ю., КОРЖЕВА И.Ю., ВЕНГЕРОВ В.Ю.

*ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
komissar1985@rambler.ru*

Актуальность темы: Общемировая заболеваемость острым (ОП) и хроническим панкреатитом (ХП) за последние 30–40 лет увеличилась более чем вдвое. Особого внимания заслуживают сопровождающиеся формированием панкреатогенных постнекротических жидкостных скоплений (ППЖС) осложненные формы панкреатита. Согласно

рекомендациям европейского эндоскопического общества (ESGE), базирующимся на S3-Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) 2012 г., «золотым стандартом» в лечении пациентов с псевдокистами поджелудочной железы при ХП признана ЭУС-ассистированная эндоскопическая цистогastro- или цистодуоденостомия. Однако анализ последних публикаций и личный опыт авторов демонстрируют более широкие возможности применения эндоскопии, в том числе при ОП. Выбор метода лечения пациентов с ППЖС определяется фазой и распространенностью деструктивных изменений. Широко применяются открытые хирургические и миниинвазивные чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства (МЧКВ). Тем не менее, первые сопряжены с длительным лечением и повторными операциями, вторые – с ограниченностью доступа и невозможностью широкой «ревизии» инфицированных ППЖС. На этом фоне применение эндоскопических ЭУС-ассистированных методик представляется перспективным в лечении пациентов с осложненным панкреонекрозом.

Материалы и методы. С 2014 г. в ГКБ им. С.П. Боткина при ППЖС применяются эндоскопические методы лечения. За истекший период в клинику обратились 235 пациентов с деструктивными формами панкреатита, 163 из них проведено разного рода хирургическое лечение. 38 (23,3%) из 163 пациентов в разных фазах течения ППЖС были выполнены 42 эндоскопические вмешательства: в острой фазе инфицированных скоплений – у 3 из 38, в фазе walled-off pancreatic necrosis (WOPN) – у 10, при псевдокистах ПЖ – у 25 (в т.ч. у 5 – при их инфицировании). Среди них: внутрисветная ЭУС-ассистированная цистогastro- (цистодуоденостомия) пластиковыми или нитиноловыми саморасширяющимися стентами (СРС), в т.ч. мультифокусное дренирование ППЖС. В части случаев – с дополнительной установкой цистоназального дренажа или ретроградным транспапиллярным дренированием ППЖС через вирсунгов проток. После имплантации СРС, придающих сформированному свищу каркасность, по показаниям выполнялись этапные эндоскопические некрсеквестрэктомии и санация ППЖС растворами антисептиков.

Результаты: Технический успех лечения был достигнут во всех 42 (100%) случаях, клинический успех – в 41 (97,6%), в 1 (2,4%) случае потребовалось МЧКВ для дополнительного дренирования гигантского ППЖС.

Осложнения: а) миграция СРС в полость ППЖС – 2 (4,7%) случая (с успешной эндоскопической коррекцией), б) аррозивное кровотечение, купированное эндоскопически – 1 (2,4%), в) спонтанный пневмоперитонеум, устраненный лапароскопическим дренированием брюшной полости – 1 (2,4%), г) инфицирование псевдокист ПЖ – в 9 (21,4%) случаях (в 8 из них – при левом типе панкреонекроза, что, с учетом системного характера, рассматривалось как форма специфических вариантов течения