

ПЛАНОВАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

АНТОНОВ О.Н., ЧЕРЕПАНИН А.И., ШМУШКОВИЧ Т.Б., ЛУКЬЯНОВ А.В.

*Первый МГМУ им И.М. Сеченова (Сеченовский университет), кафедра
госпитальной хирургии лечебного факультета*

ГКБ им. С.С. Юдина, Москва

oantonov78@mail.ru

Сегодня основными проблемами антирефлюксной хирургии являются подбор больных и определение наиболее эффективной методики фундопликации. Летальность при проведении фундопликации составляет менее 0,1%, возможны технические неудачи: соскальзывание сформированной муфты в дистальном направлении или обструктивные осложнения. Хирургическое лечение ГЭРБ сегодня не обсуждается у пациентов с достигнутым эффектом от консервативной терапии. Морфологическим субстратом для развития рефлюкс-эзофагита является ГПОД, показанием к хирургическому лечению ГЭРБ являются значительные размеры диафрагмальной грыжи, а основой антирефлюксной операции является восстановление нормальных анатомических соотношений в области пищеводно-желудочного перехода. Другой важной особенностью этих пациентов являются наследственные дефекты соединительной ткани, и часто ГЭРБ встречается в сочетании с ЖКБ, дивертикулярно-спастической болезнью ободочной кишки и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

К обязательным диагностическим мероприятиям перед операцией в нашей клинике относятся эндоскопия, 24-часовое мониторирование рН-метрии, проведение рентгенологического исследования.

В качестве показаний для проведения антирефлюксной хирургии в литературе предлагаются длительная неэффективная лекарственная терапия, значительный объем рефлюктата, осложнения со стороны дыхательных путей, пищевод Барретта. В течение последних лет наша клиника занимается симультанными видеолaparоскопическими вмешательствами при ГЭРБ в сочетании с ЖКБ, язвенной болезнью ДПК.

Для хирургического лечения ГЭРБ в нашей клинике применяются малоинвазивные технологии — видеолaparоскопическая эзофагофундопликация. Детально отработаны техника операции, взаимоотношения операционной бригады, выбраны оптимальный набор инструментального оснащения, в том числе с использованием 3D стойки. Методика эзофагофундопликации подбирается индивидуально, в зависимости от состояния пищеводно-желудочного перехода пациента.

Больному А., 37 лет, с диагнозом язвенная болезнь, хроническая язва пилорического канала, непрерывно рецидивирующие кровотечения, короткий пищевод I ст. ГПОД, рефлюкс-эзофагит нами была выполнена видеолaparоскопическая селективная проксимальная ваготомия, фундопликация в модификации РНЦХ РАМН.

Больной К, 55 лет, с диагнозом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, субкомпенсированный пилорoduodenальный стеноз, рецидивирующие язвенные кровотечения, кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит. Из анамнеза: в 1984 г. операция ушивания перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, ежегодные сезонные обострения язвенной болезни, несмотря на проводимую в последние 4 года «тройную терапию», последние 4 месяца чувство переполнения в эпигастрии после приема пищи, отрыжка с «тухлым» запахом. Нами была выполнена операция: видеолaparоскопический тотальный адгезиолизис, селективная проксимальная ваготомия, фундопликация по Тупэ, гастродуоденостомия по Джабулею.

Больному Д, 47 лет с диагнозом кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рецидивирующие язвенные кровотечения, желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит мы выполнили видеолaparоскопическую заднюю стволовую ваготомию, переднюю селективную ваготомию, фундопликацию по Тупэ, холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

Мы не встретились с интраоперационными осложнениями, длительность закрытых операций — от 100 до 160 минут. В послеоперационном периоде мы выполняем рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

и в отдаленные сроки — 3–6 мес. — ЭГДС. После представленных операций в течение 6 месяцев рецидивов заболевания не отмечено.

Таким образом, видеолaparоскопическая эзофагофундопликация у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с хроническими заболеваниями органов пищеварения является наиболее оптимальным методом коррекции замыкательной функции кардии и сопутствующей патологии.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ

БАРАНОВ Г.А., АКСЕНОВА С.Ю., БАХМЕТОВ Т.Р.

ГКБ им. братьев Бахрушиных, Москва
timur.bakhmetov@yandex.ru

Наиболее частыми осложнениями после операций на органах брюшной полости являются ранние осложнения в виде кровотечения, нагноения, инфильтратов и поздние — грыжеобразование.

Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ) — наиболее частая проблема как в экстренной, так и в плановой хирургии. В связи с широким внедрением в практику малотравматичных операций по лапароскопической технологии, количество раневых осложнений уменьшилось (Дуданов И.П., Соболев В.Е. Профилактика осложнений при выполнении лапароскопии в раннем послеоперационном периоде. 2005). Именно снижение травматичности следует считать основным фактором, приводящим к уменьшению рисков развития ИОХВ.

Анализ 180 наблюдений течения раневого процесса после лапароскопических холецистэктомий показал, что на брюшной стенке имеются участки, более безопасные в плане развития ИОХВ. Анатомические особенности эпигастральной и параумбиликальной области как наиболее часто используемые для троакарных доступов несколько различаются. Одним из существенных факторов является наличие лимфатической сети разной степени выраженности.

Параумбиликальная зона как наиболее насыщенная лимфатическими сосудами чаще подвержена образованию инфильтратов и нагноений (выбор операционного доступа при абдоминальных операциях с учётом строения лимфатической системы. Аксёнова С.Ю. 2011 г.). Важным является фактор дополнительной механической травматизации области лапаропорта. Растяжение тканей, их разминание хирургическими инструментами, сдавление при наклонах троакара чаще происходят в области окологруничного доступа. Электротравма из-за нарушения электроизолирующего слоя инструментов может наблюдаться в эпигастральном лапаропорте, где чаще используются электрохирургические инструменты.

Регистрация ИОХВ показала, что из 90 случаев, когда окологруничный доступ использовали для извлечения желчного пузыря в контейнере, нагноительные процессы были в 12,2% (11 наблюдаемых), а при эпигастральном — в 4,4% (4 наблюдения). Следует считать, что ушивание ла-

пароскопических ран брюшной стенки должно быть также максимально щадящим. Применение специальных инструментов для этих целей снижает травму тканей и ускоряет ход операции.

Таким образом, эпигастральная область является анатомически более предпочтительной для активных манипуляционных действий в отношении снижения риска ИОХВ при лапароскопических операциях.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

БРЕХОВ Е.И., КАЛИННИКОВ В.В., СЫЧЕВ А.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, кафедра хирургии с курсами
эндоскопии и детской хирургии, Москва
sychevdok@yandex.ru

Актуальность: выявление предикторов развития острого послеоперационного панкреатита (ОПП) у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на гепатопанкреатобилиарной зоне, и изучение изменений активности системы гемостаза в рамках развития ДВС-синдрома как триггера развития полиорганной недостаточности (ПОН) у больных с ОПП продолжает оставаться серьёзной проблемой современной абдоминальной хирургии.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 58 больных, из них мужчин — 36 и женщин — 22. Средний возраст — 56,2 лет. С целью определения динамики активности системы гемостаза изучен уровень тромбоцитов, АДФ-агрегация, показатели R+K по тромбоэластограмме, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс, уровни антитромбина III (АТ-III), ФПА, D-димера, ПДФ, фибринолитическая активность крови. У ряда пациентов в послеоперационном периоде отмечено развитие послеоперационного панкреатита на фоне активации системы гемостаза ещё на этапе до хирургического вмешательства. Полученные данные лабораторных исследований и клиническая картина свидетельствуют о развитии у больных гиперкоагуляционной стадии синдрома ДВС. Показатели коагулограммы демонстрируют достоверно значимую разницу между уровнем D-димера на 1-е сутки после операции у пациентов с развитием ОПП и без его развития. В динамике к третьим суткам у больных с возникшим ОПП зарегистрировано достоверное уменьшение числа тромбоцитов. При этом данные, отражающие синтез тромбина и деструкцию фибрина, были значимо выше у пациентов без развития осложнения. За первые сутки после операции у пациентов с ОПП выявлены достоверно значимые различия в показателях уровня D-димера, а также положительная корреляционная зависимость между тяжестью состояния пациентов и уровнем D-димера в плазме. Имеющийся в 1-е сутки послеоперационного периода у пациентов с ОПП высокий уровень D-димера в плазме является маркером депонирования фи-