

Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина

ТРАНСХИАТАЛЬНОЕ АНТИРЕФЛЮКСНОЕ СОУСТЬЕ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА

Центральный НИИ гастроэнтерологии (Москва)

Цель исследования: улучшить функциональные результаты дистальной резекции пищевода путем формирования трансхиатального антирефлюксного эзофагогастроанастомоза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В настоящее исследование включены 11 больных с доброкачественными стенозирующими поражениями дистальной части пищевода (8 мужчин и 3 женщины). Средний возраст составил $51,2 \pm 3,7$ года. Показаниями для операции у 9 больных (81,8 %) послужила пептическая стриктура пищевода, у 2 (18,2 %) — пищевод Барретта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинике нами был использован способ формирования антирефлюксного эзофагогастроанастомоза, разработанный ранее под руководством профессора Г.К. Жерлова для субтотальных резекций пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой из абдоминоцервикального доступа (патент РФ № 2143849). Выполняли верхнесрединную лапаротомию, сагиттальную диафрагмокуротомию по А.Г. Савиных. Пищевод мобилизовали и резецировали в пределах здоровых тканей на уровне его супрастенотического расширения. Контроль уровня резекции осуществляли посредством проведения интраоперационной эзофагоскопии. Далее из большой кривизны желудка формировали конусовидную трубку шириной 2,5–3 см, с сохранением желудочно-сальниковых артерий. Сформированный желудочный трансплантат проводили в заднем средостении к культе пищевода и анастомозировали трансхиатально двухрядным швом, формируя искусственный жом и инвагинационный клапан.

При формировании антирефлюксного соустья использовали принцип послойного сшивания анастомозируемых органов с удалением друг от друга на 18–20 мм первого и второго ряда швов, что позволило осуществлять наложение наиболее ответственного — подслизито-подслизистого шва не в глубине заднего средостения, а в более комфортных для хирурга условиях — на уровне диафрагмомического отверстия. Это обеспечило во всех случаях возможность формирования «высокого» анастомоза трансхиатальным доступом и явилось залогом состоятельности соустья в послеоперационном периоде.

Летальных исходов и осложнений раннего послеоперационного периода, связанных с несостоятельностью пищеводно-желудочного анастомоза, в наших наблюдениях не было. Осложнения общехирургического характера возникли у одного больного (9%) и связаны с развитием двусторонней пневмонии. Послеоперационный койко-день составил $12,7 \pm 2,3$. Отличные и хорошие функциональные результаты лечения были отмечены у 8 (72,7 %) больных, удовлетворительные результаты связаны с развитием у 2 обследованных постваготомической диареи легкой степени тяжести и у одного — транзиторной дисфагии на фоне психоэмоциональной лабильности.

Результаты обследований, проведенных в ранний и отдаленный послеоперационный период, свидетельствуют, что жомно-клапанный эзофагогастроанастомоз функционально активен, надежно препятствует развитию гастроэзофагеального рефлюкса и связанных с ним осложнений у больных после дистальной резекции пищевода с первичной эзофагогастропластикой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование методов функциональной хирургии при выполнении радикальных операций по поводу доброкачественных стенозирующих поражений дистального отдела пищевода обеспечивает надежную профилактику регургитационных осложнений и, в конечном итоге, улучшает качество жизни данной категории больных.

Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ И ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Центральный НИИ гастроэнтерологии (Москва)

Цель работы: внедрение в клиническую практику методов функциональной хирургии при коррекции постгастрорезекционных и постгастрэктомических синдромов.