

доступом — у 1 пациента, левым торакоабдоминальным доступом — у двух больных и с использованием эндовидеохирургического оборудования — у 24 больных.

При анализе работ отечественных и зарубежных авторов, мы выяснили, что до настоящего времени этиология и патогенез рефлюкс-эзофагита до конца не изучены. Клинические проявления и результаты инструментальных методов диагностики рефлюкс-эзофагита на фоне укороченного пищевода, изолированной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера или грыжи пищеводного отверстия диафрагмы способствуют проведению многочисленных исследований области пищеводно-желудочного перехода. На протяжении ряда лет стоит вопрос о реальности существования хиатальной грыжи. Левин М.Д. и соавт. поставили под сомнение наличие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Мы прицельно изучали органы анатомические взаимоотношения в области пищеводного отверстия диафрагмы. Выполняя операции эзофагофундопликации в течение последних двух лет у 119 больных рефлюкс-эзофагитом, мы оценивали анатомическую ситуацию в области пищеводного отверстия диафрагмы. Во время мобилизации дистального отдела пищевода, дна желудка мы выяснили, что у 28 (23,5 %) больных были грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое, т.е. присутствовали все классические элементы грыжи. Это, как правило, была параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У 91 больного мы не обнаружили классических элементов грыжи. У этих больных при мобилизации пищевода мы видели укорочение пищевода и втянутый в средостение тубулированный желудок, либо пищевод был нормальной длины. После формирования манжетки проводили ревизию пищеводного отверстия диафрагмы. Если размеры пищеводного отверстия диафрагмы превышали 4 — 5 см в диаметре, антирефлюксные операции дополняли передней или задней крурорафией (34,5 %). Ранее мы, как и другие авторы, сообщали о вторичном рефлюкс-эзофагите на фоне нарушения нормальной эвакуации на уровне привратника и дуоденоеюнального перехода. Поэтому, всем больным проводили ревизию привратника на предмет выявления пилороспазма или пилоростеноза. По показаниям проводили пилородигитоклазию (термин Б.И. Мирошникова) или пилоромиотомию с пластикой по Микуличу, Фреде-Рамштедтедту и др. Всем проводили ревизию дуоденоеюнального угла. При выявлении спаечной деформации, перегибов кишки спайки и сращения рассекали, расправляя кишку по типу операции Стронга (16,8 %).

Таким образом, у больных рефлюкс-эзофагитом, которых мы оперировали, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была только у 23,5 % больных. У остальных больных мы не выявили классических элементов грыжи во время операции. Считаем, что в основе рефлюкс-эзофагита лежит недостаточность кардиального жома, которая развивается самостоятельно, либо под влиянием, или сопровождаясь, изменениями нормальной анатомии в области пищеводного отверстия диафрагмы и пищеводно-желудочного перехода.

**К.П. Слепцов, Т.В. Баранова**

## **БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

*Республиканская больница № 2 – ЦЭМП (Якутск)*

Абсцессы печени — относительно редко встречающаяся тяжелая хирургическая патология, в подавляющем большинстве случаев приводящая к развитию сепсиса. Летальность при данной нозологии варьирует, по различным данным, от 1,6 до 50 %. Максимальные показатели летальности отмечаются в случаях прорыва абсцессов в брюшную полость. В связи с широким внедрением визуальных методов диагностики лечения значительно возросло число пациентов, у которых имеется возможность своевременно с успехом применить малоинвазивные органосохраняющие вмешательства. Доказана безопасность транспеченочных пункций при паразитарных кистах и карциномах печени, что позволяет осуществлять санацию гнойных очагов и декомпрессию желчных протоков в данных случаях в качестве первого этапа хирургического лечения.

**Цель работы:** оценка эффективности применяемых в клинике малоинвазивных методов лечения абсцессов печени.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В работе проанализированы данные о 51 пациенте с абсцессами печени различной этиологии, проходившем лечение в ОГХ с 2006 по 2011 г. Под наблюдением находились 28 мужчин в возрасте от 25 до 79 лет и 23 женщины в возрасте от 34 до 79 лет. У 9 (17,6 %) больных причиной образования абсцессов явилось инфицирование посттравматической гематомы, у 5 (9,8 %) — гепатобилемы, в 5 (9,8 %) случаях диагностировано нагноение паразитарной кисты: альвеококковой — в 2-х случаях, эхинококковой — в 6. Холангиогенные абсцессы печени имелись у 18 (35,3 %) больных (в том числе у пятерых — после опе-

ративных вмешательств в билиопанкреатодуоденальной зоне), распадающаяся гепатоцеллюлярная карцинома с абсцедированием — у 4-х (7,8 %) больных. В 8 (15,8 %) случаях имелось нагноение кист печени непаразитарного характера, при этом у всех пациентов данной группы имелся сахарный диабет 2 типа. Метастатический характер абсцессов печени при выявленном первичном источнике установлен у 2-х (3,9 %) пациентов. Миниинвазивные вмешательства произведены 46 (90,1 %) больным, лапаротомия — в трех случаях, в 2-х случаях положительный клинический эффект был достигнут при применении только консервативных методов лечения. Летальность составила 7,8 % (4 больных), в группе больных, которым проводились только миниинвазивные вмешательства — 4,3 % (2 больных). Диагноз устанавливался на основании данных ультразвукового исследования, компьютерной томографии, анализе полученного из образований печени содержимого.

Все миниинвазивные вмешательства производились под местной анестезией с премедикацией. Вначале проводилась пункция жидкостного образования печени под контролем УЗИ с максимальной аспирацией содержимого, забором материала на цитологическое и бактериологическое исследование. У 9 больных дополнительно была произведена пункционная биопсия перифокального участка печени для гистологического исследования. Затем выполнялось рентгеноконтрастное исследование с целью более точного определения формы, размеров абсцесса, связи его с желчными протоками и сосудами печени. Исходя из характера полученного аспирата и данных абсцессографии, определялась необходимость установки дренажей и их диаметр. Дренирование производилось одномоментно системой «игла — катетер» с кончиком типа «Pig tail» дренажами 8 — 10F. Через установленные дренажи производилась санация полостей растворами антисептиков во время операции и в последующем 1 — 2-кратно ежедневно. Контрольная абсцессография производилась на 8 — 9, 16 — 18 сутки для корректировки положения дренажей и оценки динамики уменьшения объема полости.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Вмешательства при гнойных очаговых образованиях печени проводились в 1 — 2 сутки после поступления больного в клинику. Абсцессы печени в исследуемой группе локализовались в левой доле в 12 %, в правой доле — в 36 % случаев, множественная локализация имела в 3-х случаях. Пункционный метод был применен у 3-х больных, пункционно-дренажный — у 43 больных. Пункционно-дренажный метод в сочетании с чрескожным чреспеченочным дренированием левого печеночного протока — у 6 больных эхинококкозом (альвеококкозом) с прорастанием ворот печени и механической желтухой и одного больного с гепатоцеллюлярной карциномой. По показаниям 8 пациентам было также произведено пункционное дренирование плевральных полостей. В основном, технические сложности при дренировании имелись при локализации абсцессов в 1, 4, 8 сегментах у гиперстеничных больных с узкими межреберными промежутками. В послеоперационном периоде у этих пациентов в течение нескольких дней отмечались боли, связанные с давлением дренажной трубки на межреберные нервы.

При первичной пункции из полости абсцессов удалялось от 15 до 480 мл содержимого. Средняя продолжительность дренирования составила при абсцессах непаразитарного характера 21,8 дней. Клиническое выздоровление отмечено в 78,9 % случаев, полной облитерации полости удалось достичь у 14 (31,5 %) пациентов. Положительный эффект от лечения выразился в уменьшении болевого синдрома, купировании признаков сепсиса и интоксикационного синдрома, значительном уменьшении размеров гнойного очага и объема отделяемого из него. Данные признаки отмечались с 1 — 3 суток после начала лечения. Нормализация лабораторных показателей у большинства больных достигалась к 11 — 16 суткам после начала лечения, редукция дренированных полостей происходила в сроки от 10 до 32 дней, в зависимости от начального объема последних.

Применение чрескожного чреспеченочного дренирования при нагноившихся паразитарных кистах позволило достичь санации гнойных очагов и ликвидировать желчную гипертензию. В четырех случаях при неоперабельных процессах данные вмешательства явились окончательным вариантом хирургического лечения.

У пациентов отмечены следующие осложнения проведенных манипуляций: кровотечение в полость абсцесса в 1 случае и дислокация дренажей из полости — у 4-х больных, в т.ч. у одного больного потребовалось проведение лапаротомии и гепатотомии с наружным дренированием абсцесса вследствие развития диффузного перитонита. Дислокация дренажей произошла у больных, у которых при первичной пункции не удалось удалить основной объем содержимого абсцесса из-за присасывания дренажа к имеющемуся в полости секвестру. Следует отметить, что в диагностике ранних осложнений при малоинвазивных вмешательствах важное значение имеет наблюдение за состоянием больного в течение первых 3 суток, а также обязательное проведение контрольного УЗИ брюшной полости через 8 и 24 часа после манипуляции, так как истечение содержимого абсцесса в брюшную полость часто протекает со стертыми клиническими проявлениями. Повторное дренирование полостей абсцессов, связанное с дислокацией дренажа, проведено 3 пациентам. Летальность составила 7,8 % (4 больных), в группе больных, которым проводились только миниинвазивные вмешательства — 4,3 % (2 больных). Причиной смерти в 3 случаях явился сепсис, в 1 случае произошел тромбоз верхней брыжеечной артерии с субтотальным некрозом тонкой кишки и некрозом правых отделов толстой кишки.

## ВЫВОДЫ

1. Применение малоинвазивных методик при лечении абсцессов печени в сочетании с адекватным противовоспалительным лечением и антибиотикотерапией является высокоэффективным.
2. Безопасность чрескожных малоинвазивных вмешательств зависит от правильности техники их проведения и последовательности в осуществлении ряда диагностических процедур в раннем послеоперационном периоде.
3. Чрескожное чреспеченочное дренирование инфицированных паразитарных кист и желчных протоков при сдавлении желчеотводящих структур печени является оптимальным методом подготовки данной группы пациентов к основному оперативному вмешательству, а в случае его невозможности — малотравматичным видом паллиативного хирургического лечения.

**Н.Е. Смирнова, Р.А. Белоус, А.А. Малаев, Д.Ф. Болгов, О.Н. Смирнова, Е.А. Степаненко**

## ПРЕИМУЩЕСТВА РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*ГБУЗ Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)*

Воронкообразная деформация грудной клетки проявляется в искривлении грудины и ребер, различном по глубине и форме, которое приводит к уменьшению объема грудной полости, смещению органов грудной клетки, искривлению позвоночника, выраженному косметическому недостатку и функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Этиология воронкообразной деформации грудной клетки окончательно не выяснена, но достоверно установлено, что главная роль в возникновении порока принадлежит, прежде всего, генетическим факторам. Подтверждением этому является наличие сходных врожденных изменений у родственников, а также обнаружение у пациентов с воронкообразной грудью других аномалий развития.

Цель: улучшить результаты радикальной торакопластики у детей при воронкообразной деформации грудной клетки.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Амурской областной детской клинической больницы в период с 1995 по 2011 гг. оперировано 104 пациента в возрасте от 3 до 18 лет с данной патологией, из них 35 (34 %) девочек и 69 (66 %) мальчиков. Анализировано 41 гистологическое исследование резецированных реберных хрящей.

В мировой практике предложено более 80 различных вариантов хирургических вмешательств и их модификаций для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. Учитывая этиопатогенез данной патологии, все оперативные пособия, не сопряженные с иссечением измененного хряща, мы расценивали, как паллиативные. Паллиативные операции (вытяжение грудины без торакопластики, операция по методике Nuss) были выполнены 41 (39 %) пациенту в возрасте от 3 до 12 лет. Радикальные операции (торакопластики по Sulamaa-Paltia с фиксацией грудно-реберного комплекса пластиной из никелида титана и по Ravitch) — 63 (60,5 %) в возрасте от 4 до 18 лет. Оценка степени и симметричности деформации производилась по результатам компьютерной томографии у 53 больных, при этом у 38 пациентов выявлено несоответствие измерений при физикальном осмотре с результатами компьютерной томографии. Мы оценивали результат коррекции как отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Критерий оценки основывался на жалобах больного, параметрах индекса Гижикой — Кондрашина, полного устранения воронкообразного западения, контура наружного рельефа грудной клетки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество отличных результатов в группе не радикальных операций составило 4 (9,7 %), хороших — 7 (17 %), удовлетворительных — 10 (24,4 %), неудовлетворительных — 20 (48,9 %). Неудовлетворительные результаты: формирование килевидной деформации реберных дуг в 10 случаях, рецидив деформации — у 9 больных.

При радикальной торакопластике количество отличных результатов составило 18 (28,5 %), хороших — 25 (39,7 %), удовлетворительных — 12 (19 %), неудовлетворительных — 8 (12,8 %). Неудовлетворительные результаты: формирование килевидной деформацией реберных дуг — в 5 случаях, рецидив деформации — у 3 больных.

При гистологическом исследовании резецированных хондральных участков ребер установлено, что значительно изменяется структура хрящевых клеток (окр. гематоксилином-эозином, ув. × 400). Выявлено, что уже к 10-летнему возрасту в хрящевой ткани появляются глубокие деструктивные из-