

Н.В. Гибадуллин, 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 — подслизисто-подслизистого шва не в глубине заднего средостения, а в более комфортных для хирурга условиях — на уровне диафрагмотомического 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. Гибадуллин, 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.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 16 пациентов с болезнью оперированного желудка (13 мужчин и 3 женщины). Средний возраст составил $56,1 \pm 4,6$ года. Из перенесенных ранее операций у 14 больных была выполнена дистальная резекция желудка по Billroth-II в модификации Hofmeister-Finsterer по поводу осложненных гастродуоденальных язв, у двух — гастрэктомия по принципу Billroth-II по поводу рака желудка. Сроки выполнения реконструктивных вмешательств относительно первичной операции составили $1,4 \pm 0,3$ года. Показаниями для проведения реконструкций явились пептические язвы гастроэнтероанастомоза, выраженный энтерогастроэзофагеальный рефлюкс, демпинг-синдромом, синдром приводящей петли, а также их сочетание.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основой для выбора способа реконструктивных операций явились работы профессора Г.К. Жерлова по формированию функционально активных соустьев. Больным с постгастрэктомиальными синдромами проводили резекцию культи желудка по Roux с коррекцией эзофагокардиального перехода и созданием сдерживающего механизма в отводящей петле тонкой кишки посредством формирования инвагинационного клапана. Больным, перенесшим гастрэктомию, резецировали приводящую петлю тонкой кишки от межкишечного до пищеводно-кишечного соустья, с последующим формированием антирефлюксного механизма эзофагоэюноанастомоза и инвагинационного клапана в отводящей петле тонкой кишки.

Летальных исходов и специфических осложнений отмечено не было, у одного больного (6,3 %) развился послеоперационный панкреатит, потребовавший консервативного лечения. Послеоперационный койко-день составил $11,7 \pm 2,12$. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что с помощью Roux-реконструкции удалось избавить подавляющее большинство больных от клинических проявлений постгастрорезекционных синдромов, добиться отсутствия выраженных регургитационных осложнений и, как следствие, значительно снизить процент воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода и культи желудка. Проявления демпинг-реакции легкой степени тяжести, отмеченные у пациентов после коррекции постгастрэктомиальных синдромов, по нашему мнению, не могут служить веской причиной для отказа от выполнения Roux-реконструкции у данной категории больных, т.к. предложенный вариант оперативного лечения надежно купирует выраженные регургитационные расстройства, снижает выраженность клинических проявлений демпинг-синдрома и обеспечивает достаточно хорошую компенсацию функции пищеварения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несложная в техническом отношении Roux-реконструкция, дополненная формированием функционально активных жомно-клапанных соустьев, может служить альтернативой вторичной эюногастропластике, особенно у больных со «сложной» культей двенадцатиперстной кишки. Использование методов функциональной хирургии при выполнении реконструктивных операций позволяет в большинстве случаев надежно купировать основные проявления болезни оперированного желудка и, в конечном итоге, улучшить качество жизни данной категории больных.

М.Ю. Гончаров, В.П. Сакович

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИНАЛЬНЫХ ЭПИДУРИТОВ ЗАДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург)

Частота встречаемости первичных изолированных спинальных эпидуритов составляет 1,2–2,8 на 10 тыс. населения в год. В настоящее время, в подходах к хирургическому лечению гнойных спинальных эпидуритов существует много проблем, которые остаются спорными и открытыми для обсуждения. Одна из таких проблем — выбор между изолированной декомпрессией позвоночного канала или декомпрессия с инструментальной фиксацией.

Целью работы было улучшение результатов хирургического лечения изолированных гнойных спинальных эпидуритов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2005 по 2010 гг. нами прооперировано 15 пациентов с изолированным гнойным спинальным эпидуритом. Наиболее часто эпидурит локализовался в грудном отделе позвоночника — 10 больных (66,7 %), реже — в поясничном отделе — у 5 (33,3 %).