

Многие хирурги предпочитают толстокишечную пластику пищевода. Тонкокишечная пластика применяется редко из-за неблагоприятных особенностей строения ее сосудов. Пластика пищевода трансплантатом из желудка у больных с РСП выполняется редко, в то же время, по мнению многих авторов, желудок является наиболее физиологичным материалом для пластики пищевода.

Клиника госпитальной хирургии ИГМУ располагает опытом лечения более 1400 больных со стриктурами пищевода с 1975 по 2004 год. За этот период мы пролечили 238 больных, заболевших в детском возрасте. Послеожоговые стриктуры пищевода были у 227, пептические стриктуры пищевода — у 11. Диагноз РСП подтвержден рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями. Нами у 75 из них выполнены реконструктивные операции на пищеводе и желудке. Желудок в качестве трансплантата использован у 36. Детей в возрасте от 2 до 16 лет было 28, больных в возрасте от 16 до 76 лет — 8. По поводу пептической стриктуры пищевода оперированы 8 больных. У 3-х больных с РСП ранее была перфорация после бужирования. Резекция пищевода из абдомино-цервикального доступа с пластикой целым желудком в заднем средостении и анастомозом на шее (РП из АЦД с ЭГП и ПЖА на шее) выполнена 33 больным, операция Гаврилуу — 2, операция Гэрлока — 1.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Под эндотрахеальным наркозом производим верхнесрединную лапаротомию, саггитальную диафрагмотомию по А.Г. Савиных, мобилизуем желудок с сохранением *A. Gastrica dextra* и *A. Gastroepiploica dextra*, питающих будущий трансплантат, мобилизуем пищевод в заднем средостении абдоминальным трансдиафрагмальным доступом. Левосторонним шейным доступом выделяем шейный отдел пищевода и после полной мобилизации пищевода в заднем средостении пересекаем пищевод на шее и низводим в абдоминальную рану. С целью профилактики гастростаза выполняем пальцевую пилородилатацию. Проводим желудок на шею в ложе удаленного пищевода. Верхушку желудочного трансплантата фиксируем на шее к предпозвоночной фасции. Анастомоз накладываем послойно в 2 ряда швов, затем формируем антирефлюксный клапан. При необходимости дренируем плевральную полость и полость средостения. Для декомпрессии и питания устанавливаем назогастральный зонд.

Кормление через назогастральный зонд начинаем на 2-е сутки. Зонд из желудка удаляем на 9 — 10 сутки после рентгенологического исследования с водорастворимым контрастом.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 9 больных. Трахеомалация с экспираторным стенозом и дыхательной недостаточностью — у 2 (одному ребенку наложена трахеостома), частичная несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза на шее возникла у 2 больных. Внутривнутрибрюшное кровотечение возникло у одной больной, ей были выполнены 2 релапаротомии, но источник кровотечения не был обнаружен. Ранняя спаечная болезнь с острой кишечной непроходимостью — у 1 (выполнены 2 релапаротомии). Нагноение послеоперационной раны у 1 больного. Длительный пилороспазм у 1 больного.

Умерли двое больных по причинам, несвязанным с техникой операции. Один больной умер от асфиксии вследствие нераспознанного ранее стеноза трахеи, который проявился после экстубации. Одна больная умерла от двусторонней деструктивной пневмонии на фоне недиагностированного пневмоторакса и ателектаза легких.

В отдаленном периоде обследованы 25 человек. Стеноз анастомоза был у 11 больных. Реконструкция ПЖА на шее выполнена 1 больной, остальным проведено по 3 — 5 сеансов бужирования с последующим выздоровлением. Больному после операции Гаврилуу пластика не была закончена. Одной больной были выполнены операции для устранения длительного пилороспазма.

Отмечено значительное улучшение качества жизни у всех больных по сравнению с дооперационным периодом. Все больные самостоятельно принимают пищу, отмечена существенная прибавка в весе и росте за короткий период после операции.

Таким образом, непосредственные и отдаленные результаты пластики пищевода желудком у детей по нашим предварительным данным оставляют благоприятное впечатление и позволяют нам считать резекция пищевода из абдомино-цервикального доступа с одномоментной эзофагогастропластикой в заднем средостении и пищеводно-желудочным анастомозом на шее операцией выбора.

М.Б. Скворцов, Е.В. Нечаев, В.И. Боричевский, Т.Ф. Ангатов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-ТРАХЕАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (Иркутск)

Лечение пищеводно-трахеальных и пищеводно-органных свищей — одна из сложнейших проблем современной торакальной хирургии. Трудности хирургического лечения обусловлены рядом анатомических

ческих и физиологических аспектов. Анатомические — обусловлены помехами со стороны костного каркаса груди, мешающего созданию оптимального угла операционного действия, особенностями строения пищевода, существенно затрудняющими герметичное закрытие просвета — отсутствие серозной оболочки, сегментарное кровоснабжение, соприкосновение ушитых участков трахеи и пищевода. Физиологические трудности обусловлены необходимостью оперирования на «работающих» органах и тяжелым общим состоянием больного, при котором страдают как нутритивные функции, так и функция внешнего дыхания. Так, если пищевод можно на некоторое время выключить с помощью гастростомии или путем пересечения его на шее, то трахея не может быть выключена более чем на несколько секунд, и швы накладываются на работающем органе, а по окончании операции орган также будет в рабочем состоянии, что весьма затрудняет «спокойное» заживление швов. До настоящего времени имеется очень мало информации о стадийности воспалительных и деструктивных процессов в пищеводе и в трахее, что не позволяет выбрать наиболее оптимальный момент для радикального хирургического вмешательства, а необходимость спасти жизнь требует немедленного принятия решения и оперировать больного.

Нами проведено лечение 19 больных с пищеводно-трахеальными и пищеводно-органными свищами. Мужчин — 13, женщин — 6, в возрасте от 17 до 70 лет. По этиологическим признакам мы выделили посттрахеостомические (6) и постинтубационные (2) трахеопищеводные свищи; врожденные (3), посттравматические (1), постлучевые (1), свищи вследствие длительного ношения трахеального стента по поводу стеноза трахеи (1), после химического ожога пищевода и трахеи (1), на фоне рака пищевода (1), после огнестрельного ранения шеи и груди с повреждением трахеи, пищевода и плевры (1), в эту же группу включены и 2 больных после пневмонэктомии, осложнившейся эмпиемой плевры с последующим формированием пищеводно-плевро-кожных свищей. По анатомической характеристике свищи были трахеопищеводными (15), свищи с двойной локализацией из пищевода в трахею и правый главный бронх (1), пищеводно-бронхиальный (1) и пищеводно-плевро-кожные (2). По виду свищи сформированные с оформленным и структурным свищевым ходом были у 4 больных и несформированные, плоские — у 15, при которых в зоне свища между трахеей и пищеводом нет ткани, их собственные слои не дифференцируются и представляют одну истонченную, сросшуюся с отверстием в центре, стенку. По локализации в трахее свищи шейной локализации были у 3 больных, верхнегрудные — у 5, среднегрудные — у 6, надбифуркационные и бронхиальные у 3. Пищеводно-плевральные свищи были на уровне среднегрудного отдела (2). Диаметр свища по данным эндоскопии был до 5 мм у 5 больных, 6–10 мм — у 7, 11–15 мм — у 2, 16–20 мм — у 4 и 30 мм — у одной больной. Диагноз устанавливали на основании характерных жалоб на поперхивания во время еды, попадание пищи и жидкости в дыхательные пути во время еды. Как правило, у больных выражены явления бронхообструктивного синдрома. Диагноз подтверждали эндоскопическими (ФГС, ФБС), рентгенологическими и рентгеноконтрастными методами исследования и путем визуальной оценки раны.

Трахеопищеводные и пищеводно-органные свищи самостоятельно не излечиваются. Основным методом лечения является хирургический. Эндотрахеальные стенты применены у 2 больных, они носят их постоянно, являются стентозависимыми, свищи периодически закрываются и открываются вновь. Излечение после трахеопластической трахеостомии с ношением Т-образного стента отмечено у одного больного. Паллиативные операции применяли при общем тяжелом состоянии больных — это гастростомия в сочетании с эзофагофундопликацией (2) или без нее (3), пересечение пищевода на шее с ушиванием грудного конца и образованием эзофагостомы на шее. Трансплевральное разобщение пищеводно-трахеального свища выполнено 4 больным, у одного из них с несформированным свищом он вскоре рецидивировал. Разобщение свища шейным доступом выполнено у 2 больных, у одного успешно, у второй — с несформированным свищом — он рецидивировал. При несформированных трахеопищеводных свищах шейной локализации у 3 и при рецидиве после трансплеврального ушивания у одной больной, мы выполнили транспищеводное ушивание трахео-пищеводного свища по собственной методике с раздельным ушиванием слизистых слоев трахеи и пищевода. Рецидив был у одного больного в связи с прогрессированием стеноза трахеи. В связи с невозможностью непосредственного вмешательства на пищеводе у 2 больных с эмпиемой плевры и у 2 с несформированным трахеопищеводным свищом, четверым больным выполнена одно- (1) и двухэтапная (3) пластика пищевода толстой кишкой с целью выключения пищевода, и создания «физиологического покоя» в зоне свища. У троих пластика завершена. Один погиб после первого этапа от причин, не связанных с техникой операции. У одного больного выключение пищевода в зоне свища, создание здесь физиологического покоя и сохранение полноценного питания через искусственный пищевод привело к полному закрытию пищеводно-трахеального свища. У одного существенно улучшилось общее состояние, уменьшилась продукция из наружного отверстия кожного свища, появилась возможность естественного питания через искусственный пищевод без ограничений, он прожил более 5 лет в условиях удовлетворительного качества жизни. Одному больному с трахео-пищеводно-плеврально-кожным свищом после огнестрельного ранения шеи проведено последовательное успешное лечение путем гастростомии с эзофагофундопликацией, длительное консервативное локальное лечение, затем циркулярная резекция трахеи с трахеальным свищом, затем — восстановление проходимости пищевода наложением пищеводно-пищеводного

анастомоза из шейного доступа. Умерли 3 (15 %) больных — двое не перенесли гастростомию ввиду исходно тяжелого общего состояния, один на этапе толстокишечной пластики от причин, не связанных с техникой операции.

Таким образом, трахеопищеводные свищи следует отнести к категории чрезвычайно сложной и опасной в лечении патологии, риск операций при которых высок и составляет 15 %. Единой методики лечения не существует, требуется индивидуализация хирургической тактики от многоэтапного вида лечения и применения паллиативных операций типа гастростомии до совершенствования техники операций в виде транспищеводного закрытия свищей с отдельным ушиванием слизистых слоев пищевода и трахеи. Трахеопищеводные свищи со сформированным свищевым ходом могут быть успешно излечены с применением обычной техники разъединения органов с помощью отечественных ушивателей органов.

Д.В. Сосорова

ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Диабетическая ретинопатия — частое и тяжелое проявление сахарного диабета. Даже при первично выявленном сахарном диабете ретинопатия наблюдается у 10 — 30 % больных [1 — 3], а через 15 — 20 лет с момента заболевания диабетическая ретинопатия диагностируется в 100 % случаев. В настоящее время разработаны и широко применяются методы лазерной терапии диабетической ретинопатии (коагуляция сетчатки) и витрэктомия. Каждый из этих методов имеет свои четко определенные показания, возможности и противопоказания. У части больных, благодаря вышеуказанным методам лечения, удается стабилизировать процесс развития ретинопатии, однако у значительной части в силу различных причин стабилизация ретинопатии не наступает.

Цель исследования: оценить эффективность лазеркоагуляции сетчатки в комплексном лечении диабетической ретинопатии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 29 больных (58 глаз) с диагнозом препролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз (классификация E. Kohner, M. Porta, 1992). В комплексном лечении больных диабетической ретинопатии включали медикаментозное лечение и паравазальную аргонлазеркоагуляцию сетчатки, используя аргонный лазер фирмы «Карл Цейс». Наносили в среднем 110 коагулятов за 1 сеанс при размере пятна 200 мкм, при мощности излучения от 110 до 200 мВт и экспозиции 0,1 сек. Общее количество сеансов на один глаз 3 — 4. Однако объем лазеркоагуляции зависел от выраженности пролиферативного синдрома, геморрагической активности, а также от прозрачности преломляющих сред. Госпитализация больных сахарным диабетом, осложненным диабетической ретинопатией, во всех случаях осуществлялась после осмотра пациента эндокринологом. У всех больных диабетической ретинопатией сахарный диабет компенсирован.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У обследованных пациентов после лазеркоагуляции на глазном дне в 53 % случаев отмечалась облитерация новообразованных сосудов, резорбция отека сетчатки, повышение остроты зрения в среднем на 0,1 — 0,2. В остальных случаях наблюдалась стабилизация патологического процесса и зрительных функций. Осложнений не было.

ВЫВОД

Лечение диабетической ретинопатии должно носить комплексный характер. Основным и наиболее эффективным методом лечения диабетической ретинопатии является лазеркоагуляция сетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Т.А. Заболевания глаз при сахарном диабете / Т.А. Алиева. — Ташкент: Медицина, 1982. — 36 с.
2. Астахов Ю.С. Диабетическая ретинопатия (тактика ведения пациентов) / Ю.С. Астахов // Клин. офтальмол. — 2004. — № 2. — С. 85 — 92.
3. Экгардт В.Ф. Диабетическая ретинопатия / В.Ф. Экгардт. — Челябинск, 2001. — 100 с.