

микропанкреатостомы, в 8 — наложением панкреатоеюноанастомоза вшиванием панкреатического протока в кишку. Способ обработки культи поджелудочной железы зависел от ее состояния. При неизменной паренхиме и малом диаметре вирсунгова протока панкреатоеюноанастомоз накладывался на каркасном дренаже (с использованием эпидурального катетера наружным диаметром 1,0 мм). Если же железа была фиброзно изменена, а диаметр протока был достаточно велик, принималось решение в пользу панкреатоеюноанастомоза без каркасного дренирования, вшиванием протока в кишку. При этом в данной группе больных летальных исходов не было.

Во второй группе больных ввиду невозможности выполнения радикальной операции выполнены следующие виды обходных анастомозов: 19 — гепатикоеюноанастомозов и 20 холецистоэнтероанастомозов. Среди них — 1 летальный исход. Таким образом, решение проблемы продления и улучшения качества жизни больных с раком поджелудочной железы и периампулярной области складывается из своевременной диагностики заболевания и адекватного лечения. Широкое применение радикальных оперативных вмешательств ограничено поздним выявлением болезни. Для улучшения результатов лечения больных с данной патологией необходимо дальнейшее совершенствование техники операций и внедрение расширенных радикальных хирургических вмешательств.

М.Б. Скворцов, О.М. Александров

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ИХ РОЛЬ В ОБОСНОВАНИИ И ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

Большая распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, выраженная тенденция к увеличению заболеваемости, хроническое рецидивирующее течение и влияние на качество жизни пациентов подтверждают актуальность выбора способа лечения. Одним из осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является рефлюкс-эзофагит.

В настоящее время необходимость хирургического лечения рефлюкс-эзофагита не вызывает сомнений. Показаниями к хирургическому лечению считаем неэффективность хирургического лечения, осложненные формы рефлюкс-эзофагита. К осложненным формам относим язвенный и стенозирующий рефлюкс-эзофагит, подозрение на малигнизацию, пищеводное кровотечение, пищеводный свищ, пищевод Барретта, рубцующийся рефлюкс-эзофагит без стеноза, бронхо-респираторные нарушения.

Большинство современных авторов, признавая рефлюкс-эзофагит, основой лечения видят в различных способах воздействия на кислотопродуцирующую функцию желудка, иногда даже не говорят о рефлюкс-эзофагите и замалчивают методы лечения, диагностики и устранения самого рефлюкса в пищевод. Распространено мнение о том, что основной причиной рефлюкс-эзофагита является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — скользящая, аксиальная, параэзофагеальная и т.д.

С 1975 по март 2012 г. нами пролечено 1188 больных рефлюкс-эзофагитом. Из них 1082 были оперированы. Антирефлюксные операции в разных модификациях выполнили 951 больному, резецирующие операции — 131 больному. Резекцию пищевода выполняли больным рефлюкс-эзофагитом с короткими и длинными пептическими стриктурами пищевода. У большинства больных пептическими стриктурами пищевода резекцию пищевода выполняли абдомино-цервикальным трансдиафрагмальным доступом с пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение с анастомозом на шее (79). При необходимости абдомино-цервикальный доступ во время пластики пищевода целым желудком дополняли правым трансплевральным доступом у 4 больных. При высоких пептических стриктурах выполняли резекцию пищевода с пластикой по Льюису у 4-х пациентов, резекцию пищевода с пластикой по А.Ф. Черноусову — у 6, резекцию пищевода левым трансплевральным доступом — у 1, субмускулярную резекцию пищевода — у 3, резекцию пищевода с наложением гастростомы и эзофагостомы — у 1 больного. За последние 13 лет из 82 больных после резекции пищевода умерли двое пациентов (2,4 %).

В течение последних 20 лет выполнили 686 антирефлюксных операций. Целью антирефлюксных операций считаем восстановление замыкательной функции кардии. Для этого в области пищевода-желудочного перехода формировали антирефлюксный клапан по типу эзофагофундопликации Ниссена (591). Обращали особое внимание на формирование циркулярной манжетки. По техническим причинам некоторым больным рефлюкс-эзофагитом, когда невозможно было сформировать циркулярную манжетку, ее формировали по типу Toupet (72), Dog (9) или гастрогастропликацию (9). Методику эзофагофундопликации по А.Ф. Черноусову применяли у 3-х больных рефлюкс-эзофагитом. При формировании антирефлюксной манжетки из дна желудка, в основном, использовали доступ верхнесрединная лапаротомия у 659 больных. У других больных эзофагофундопликации выполняли левым трансплевральным

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-