

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА***Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)***ВВЕДЕНИЕ**

Кардиоспазм (ахалазия пищевода) — первичное заболевание неясной этиологии, характеризующееся дисфагией, регургитацией и загрудинными болями. Неэффективные способы оперативного лечения ведут к прогрессированию болезни, а порочные операции вызывают тяжелые послеоперационные осложнения.

В отечественной и зарубежной литературе, посвященной лечению кардиоспазма, нет единого мнения, но многие хирурги (Федорова О.Д., 1973; Кондрашин С.А. с соавт., 1999; Doney S.N. et al., 1996 и др.), полагающие наибольшим опытом и возможностями, отдавали предпочтение методам инструментального расширения кардии. В случае неэффективности этого способа лечения — оперативное вмешательство. В этой связи оперативное лечение чаще являлось симптоматическим, устраняющим основное страдание — функциональную непроходимость пищеводно-желудочного перехода. Целый арсенал разработанных оперативных вмешательств оставлен из-за неэффективности и рефлюкс-эзофагита.

Одной из часто применяемых операций при ахалазии пищевода является методика Готтстейна (1901) в модификации Геллера (1913), при выполнении которой получены хорошие функциональные результаты в 80–90 % случаев. Рецидивы заболевания возникали в 7–50 %, летальность составила 4–6,5 % (Суворова Т.А., 1959).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Были проведены операции при ахалазии пищевода 21 пациенту в возрасте от 18 до 73 лет. Операции выполнялись торакальным доступом в 7-ом межреберье слева. После мобилизации пищевода проводилась диафрагмотомия с целью расширения пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагокардиомиотомия с эзофагокардиогастропликацией. Эзофагомиотомия проводилась на протяжении не менее 10 см. В 3-х случаях во время операции вскрыт просвет пищевода, который был ушит атравматичной нитью «пролен» 4/0. Операция заканчивалась дренированием плевральной полости по Бюллау-Петрову. Дренаж удаляли на 3-и сутки после операции. Осложнений, рецидива заболевания не наблюдали.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, при появлении стойких симптомов лечение кардиоспазма должно быть хирургическим, которое складывается из форсированного расширения кардии и различных оперативных методик. Эзофагокардиомиотомия с эзофагокардиогастропликацией остается операцией выбора при хирургическом лечении ахалазии пищевода.

**РЕЦЕНЗИЯ**

Предложенный метод оперативного лечения кардиоспазма является операцией выбора при хирургическом лечении данного заболевания.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, А.Д. Степанов, В.П. Будашеев, Б.Ч. Дамдинов

**НАБЛЮДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ  
СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НЕКРОЗОМ  
ТОНКОЙ КИШКИ, РАКОМ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО  
КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,  
ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ И ПЕНЕТРАЦИЕЙ**

*Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Больной Х., 75 лет, история болезни № 6174 поступил в хирургическое отделение № 1 РКБ с жалобами на острые боли по всему животу, вздутие, тошноту, 3-кратную рвоту съеденной пищей с примесью желчи и крови со сгустками, задержку стула и неотхождение газов, общую слабость. Заболел остро около 24 часов назад, когда появились боли в эпигастральной области, общая слабость, тошнота, вздутие живота, рвота съеденной пищей, задержка стула и газов, присоединилась рвота с примесью крови со сгустками при поступлении в стационар. Осмотрен врачом скорой помощи, доставлен в РКБ, госпитализирован в

хирургическое отделение. В анамнезе гипертоническая болезнь, страдает тугоухостью. Общее состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы бледные. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 уд. в 1 мин., А/Д 160/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. *Per rectum*: ампула прямой кишки пустая, исследование безболезненное. На обзорной рентгенограмме брюшной полости — множественные уровни жидкости («чаши» Клойбера). При экстренной эзофагогастроскопии — опухоль кардиального отдела желудка, блюдцеобразной формы размером 4,0 × 5,0 см, с бугристыми краями, кровоточащая, в просвете желудка — кровь со сгустками, примесью желчи. Имеется стеноз выходного отдела желудка. Заведен назогастральный зонд для декомпрессии и контроля. Начата инфузионная, гемостатическая терапия. При лабораторном исследовании: в общем анализе крови — эритроциты  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Hb — 100 г/л, лейкоциты —  $12 \times 10^9/л$ , СОЭ — 34 мм/час, п/я — 10, с/я — 67, лимфоциты — 17, М — 5. В общем анализе мочи — белок — 0,12 г/л, уд.вес — 1018. Билирубин общий — 17 ммоль/л, АСТ — 36 ммоль/л, АЛТ — 47 ммоль/л, сахар крови — 6,1 ммоль/л. ЭКГ — блокада правой ножки пучка Гисса, гипоксия миокарда. Проводилась дезинтоксикационная, гемостатическая терапия. Предложено оперативное лечение, от которого больной категорически отказался. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: вздутие живота, задержка стула и газов, многократная рвота с примесью темно-зеленого содержимого и крови со сгустками. После проведения инфузионно-трансфузионной терапии произведено оперативное лечение.

Срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости: петли тонкой кишки резко вздуты от связки Трейца на протяжении около 3 м 50 см, не перистальтируют, в просвете — тонкокишечное содержимое. Дистальнее обнаружен конгломерат из петель тонкой кишки с циркулярным некрозом двух петель тонкой кишки, странгуляционная непроходимость. Дистальный отдел тонкой, подвздошной кишки не изменен, сохранена перистальтика. При дальнейшей ревизии обнаружен инфильтрат в области луковицы двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря, выраженная рубцовая деформация луковицы с переходом на пилорический отдел желудка. В кардиальном отделе желудка пальпировалось бугристое опухолевидное образование, блюдцеобразной формы, размером примерно 3,0 × 5,0 см с переходом на абдоминальный отдел пищевода. Видимых метастатических очагов в брюшной полости не обнаружено. Выполнена резекция 1,5 метров тонкой кишки с некротически измененными петлями с анастомозом по типу «конец» в «бок» т.е. проксимальный «конец» тонкой кишки вшит в «бок» неизмененного отдела подвздошной кишки, а проксимальный «конец» этого отдела ушит наглухо и оставлен для пищевода соустья. После мобилизации тонкой кишки и подготовки ее для резекции произведено «сдаивание» застойного тонкокишечного содержимого в объеме до 3 литров. Выполнена гастрэктомия с экстирпацией большого сальника, резекцией абдоминального отдела пищевода с анастомозом по Ору-Ханту-Накаямэ, лимфодиссекцией D2. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Проводилась инфузионная симптоматическая терапия, парентеральное питание, декомпрессия с помощью назоэнтерального зонда. Кормление через зонд начато на 6-е сутки послеоперационного периода. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки. На 16-ые сутки выписан из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В приведенном случае сочетания экстренной хирургической патологии (острая кишечная непроходимость, желудочное кровотечение из опухоли кардиального отдела желудка, стеноз выходного отдела желудка) у пациента пожилого возраста оказалась возможной радикальная комбинированная операция с благоприятным исходом.

#### РЕЦЕНЗИЯ

При сочетании острой кишечной непроходимости и объемного желудочного кровотечения из опухоли кардиального отдела желудка, стеноза выходного отдела желудка у пациента пожилого возраста оказалось возможной радикальная хирургическая операция.

**А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков, Б.Ц. Бальжинимаев**

### **ЕЮНОСТОМИЯ КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

*Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее сложных проблем в хирургии перитонита остается лечение несформированных кишечных свищей и восстановление непрерывности кишечника после резекции кишки, т.к. при выпол-