

превертебральные абсцессы, гнойный псоит, забрюшинная флегмона, эмпиема плевры.

3. Применение этапного хирургического лечения СД позволяет достичь полной и качественной санации гнойного очага и выполнить спондилодез в условиях чистой гранулирующей раны.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Корчёмкин И. В., Буевич Д. В., Пилецкий В. Т.

УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Ахалазия кардии — заболевание, характеризующееся стойким нарушением рефлекса расслабления нижнего пищеводного сфинктера в ответ на акт глотания, с дискоординацией перистальтических сокращений и постепенным развитием функциональной непроходимости пищевода. Ахалазия кардии относится к группе нервно-мышечных заболеваний пищевода, которые, по статистическим данным, составляют до 21% от всех хирургических заболеваний этого органа, уступая по частоте лишь онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Несмотря на то, что история заболевания насчитывает более 300 лет, отсутствуют четкие представления об этиологии и патогенезе, вследствие чего до сих пор не разработан оптимальный метод лечения данной патологии.

Цель: ретроспективный анализ эффективности применения ботулотоксина в лечении ахалазии кардии.

Материал и методы. В 2013-2017 гг. в отделении торакальной хирургии УЗ «Могилёвская областная больница» пролечены 45 пациентов, из них 16 мужчин (36%) и 29 женщин (64%) в возрасте от 19 до 85 лет (средний возраст мужчин 59,3 года, женщин 46,4 года), пациенты старше 40 лет составили 63%. Согласно классификации Б. В. Петровского (1962), пациентов с ахалазией кардии 2 стадии пролечено 10 (22%), 3 стадии — 29

(64%), 4 стадии – 6 (14%). Длительность заболевания составила от 1 года до 10 лет. Повторные госпитализации в связи с нарастанием дисфагии за исследуемый период потребовались 6 пациентам. Средний срок госпитализации 11,3 дня.

Результаты и обсуждение. Диагностику ахалазии кардии и оценку результатов вмешательств проводили на основании рентгенологического исследования пищевода и желудка, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Рентгенологическое исследование пищевода и желудка выполняли с целью получения информации об изменениях пищевода и нижнего пищеводного сфинктера (НПС), характерных для ахалазии кардии. Регистрировали отсутствие первичной перистальтики в дистальном отделе пищевода. По рентгенограмме измеряли диаметр пищевода на уровне максимального супрастенотического расширения (от 3 до 10 см), констатировали отсутствие газового пузыря желудка и наличие горизонтального уровня жидкости в пищеводе натошак. Эндоскопическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли для оценки состояния слизистой оболочки пищевода, её толщины и цвета, характера перистальтики, эластичности стенок, равномерности раскрытия кардии и возможности проведения эндоскопа в желудок, а также обнаружения сопутствующей патологии и исключения вторичной ахалазии. В лечении применялась медикаментозная терапия (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, спазмолитики, инфузионная терапия), аспирация из пищевода с промыванием раствором гидрокарбоната натрия, баллонная кардиодилатация. 11 пациентов (24%) старшей возрастной группы пролечены консервативно, которым по разным причинам инвазивные методы не применялись либо из-за отказа от их проведения, 18 (40%) пациентам выполнены от 1 до 3 сеансов баллонной дилатации под Rtg-контролем, 16 (36%) пациентам выполнено эндоскопическое введение ботулотоксина в область кардии. Для этой цели использовали стерильную лиофилизированную форму очищенного ботулинового токсина – препарат «Диспорт» производства фирмы «Beaufour Ipsen International». Ботулотоксин после разведения 4 мл 0.9% физ. Раствора (250 ед.) вводился с

помощью эндоскопической инъекционной иглы, проведённой через инструментальный канал эндоскопа, в 4 точки на 3, 6, 9, 12 часах нижнего пищеводного сфинктера в мышечный слой по 1 мл препарата. Инъекция проводилась однократно, клинический эффект развивался через 24-72 ч в виде исчезновения дисфагии или существенного её уменьшения. Осложнений после выполнения процедуры и описанных в литературе побочных эффектов (тахикардия, боли в эпигастрии, аллергические реакции и др.) не отмечалось. В 5 случаях этот метод использован в качестве терапии первой линии и не потребовал дополнительных вмешательств ввиду отсутствия у пациентов жалоб. 11 пациентам перед эндоскопическим введением Диспорта выполнялись баллонные дилатации. Во всех случаях пациенты субъективно отмечали значительное улучшение прохождения пищи по пищеводу. Повторных госпитализаций после введения Диспорта за указанный период не было. При выборочном контрольном рентгеноскопическом исследовании пищевода отмечалось исчезновение горизонтального уровня жидкости натошак и ускорение пассажа бария.

Выводы. Эндоскопическое введение ботулотоксина в область кардии при ахалазии – эффективный и безопасный метод лечения, позволяющий достигнуть стойкой ремиссии заболевания, улучшить качество жизни пациентов, в особенности в старшей возрастной группе.

УЩЕMLЁННЫЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Корчёмкин И. В., Бувеч Д. В.

УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Своевременная диагностика и лечение повреждений диафрагмы представляет собой сложную проблему неотложной хирургии торакоабдоминальной травмы. У 6,1% пострадавших с закрытыми изолированными и/или сочетанными повреждениями груди и/или живота и у 14,3% раненых с проникающими ранениями груди и/или живота наблюдается