

Эндоскопическая экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочным трансплантантом, как метод радикального лечения данной патологии выполнена 17 пациентам. Средняя продолжительность операции составила 230 ± 15 минут. На этапе эндоскопической экстирпации пищевода интраоперационная кровопотеря не превышала 50-70 мл. Средняя длительность госпитализации после операции составила 17,9 дней. Осложнения развились у 6 пациентов. У 2-х выявлена несостоятельность швов шейного эзофагогастроанастомоза, ликвидированная на 10-12 сутки, у 1 пациента – хилоторакс, ликвидированный торакоскопическим клипированием концов поврежденного грудного протока, плевро-легочные осложнения у 3 человек. Летальных исходов не было. В позднем постоперационном периоде, на фоне соблюдения диеты все пациенты отмечают улучшение качества жизни.

Выводы. Предложенные методики оперативного лечения малотравматичны и клинически эффективны для каждой из групп пациентов и могут активно использоваться в клинической практике. Эндоскопическая эзофагэктомия является эффективной, малотравматичной и радикальной операцией при ахалазии кардии второго типа.

ГИПЕРВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ТРАСПЛАНТАТА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА

Воробей А. В., Вижинис Е. И., Чепик Д. А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Республиканский центр реконструктивной хирургической
гастроэнтерологии и колопроктологии, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Лечение послеожоговых стриктур пищевода является одним из самых сложных разделов хирургии. Недостаточное кровоснабжение эзофагоколотрансплантата приводит к серьезным послеоперационным осложнениям, таким как некроз трансплантата с развитием медиастинита,

ишемическая стриктура, несостоятельность шейного пищеводно-кишечного анастомоза. Причиной этого может быть недостаточно развитое коллатеральное кровообращение в ободочной кишке, тромбоз основной питающей трансплантат артерии. Некроз колотрансплантата встречается в 2,3-10,7% наблюдений. Сомнительное кровоснабжение трансплантата вынуждает хирургов прибегать к многоэтапной пластике пищевода, выполнять множество реконструктивных операций.

Цель: оценить возможности реваскуляризации трансплантата для выполнения ззофагоколопластики у пациентов со стриктурами пищевода.

Материал и методы. С 2003 по 2017 гг. загрудинную пластику толстой кишкой у пациентов с рубцовой послеожоговой стриктурой пищевода выполнили у 30 из 113 пациентов (26,5%) с рубцовыми стриктурами пищевода. Среди оперированных было 28 (93,3%) мужчин и 2 (6,7%) женщины. Их возраст находился в интервале от 17 до 71 года, составив в среднем $54,0 \pm 3,3$ года. Обследование пациентов производили по следующей схеме: сбор анамнеза и оценка жалоб, общеклиническое исследование, рентгенологическое исследование (рентгеноскопия органов грудной клетки, полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка, ирригоскопия, ангиография верхней и нижней брыжеечных артерий, эндоскопическое исследование пищевода, желудка, толстой кишки), доплерография сосудов брыжейки трансплантата после операции. Кровоснабжение ободочной кишки оценивали методом селективной ангиографии верхней и нижней брыжеечных артерий. Это позволило определить тип кровообращения и уточнить анатомические особенности средней, левой ободочной, подвздошно-ободочной артерий, дуги Риолана, развитие анастомозов между артериями и выбрать для пластики наиболее подходящий участок кишки. Ангиографию выполняли на аппаратах «Advantx LCA» (фирмы General Elektrik) и «Allura Xper FD 20» (фирмы Philips)

Результаты и обсуждение. Если после проведения предоперационного обследования артерия, предназначенная для кровоснабжения трансплантата (чаще средняя ободочная

артерия), была недостаточно развита или не имела выраженных анастомозов с другими ободочными артериями, то операцию пластики пищевода мы начинали с лапароскопической ревизии ободочной кишки и ее брыжеечных сосудов. Сначала изучали состояние и кровообращение правого фланга ободочной кишки. Лапароскопом осуществляли диафаноскопию брыжейки правого фланга ободочной кишки. При установлении немагистрального типа ветвления верхней брыжеечной артерии, изучали сосуды левого фланга ободочной кишки. Для последующей пластики пищевода выбирали фланг ободочной кишки без анатомической патологии, с более развитым магистральным кровообращением. В случае немагистрального типа кровообращения правого и левого флангов ободочной кишки нами предложен лапароскопический вариант «тренировки коллатералей» по А. А. Шалимову. Выполняли предварительное пережатие выделенных сосудов в течение 15 минут. При отсутствии ишемических изменений в ободочной кишке выполняли клипирование данных сосудов. Через 2 месяца, после контрольной ангиографии, выполняли одноэтапную пластику пищевода ободочной кишкой из лапаротомного доступа. Компенсаторное развитие артерии, питающей будущий трансплантат, способствовало его надежному кровоснабжению. Аналогичную предварительную «тренировку коллатералей» выполняли и при лапаротомии, когда оба сосудистых бассейна ободочной кишки имели немагистральный тип кровоснабжения. При повторной лапаротомии становилось возможным выполнение одноэтапной заградной эзофагопластики. При лапаротомии по данным ревизии сосудов выбирали фланг ободочной кишки с визуально хорошим магистральным и коллатеральным кровоснабжением и для его дополнительной оценки выполняли следующий прием. После выбора основного питающего сосуда выделяли и пережимали на 15 минут сосудистыми зажимами артерии, которые необходимо будет лигировать при заготовке трансплантата. При отсутствии явлений ишемии лигировали и пересекали соответствующие артерии и продолжали заградную эзофагоколопластику. Нами предложена и впервые выполнена в клинике реваскуляризация

шейного отдела эзофагоколотрансплантата из правого фланга ободочной кишки (бордоская модификация метода Ройта) путем удлинения артериального анастомоза аутовенозной вставкой.

Выводы. Лапароскопическая ревизия сосудов ободочной кишки показана при ангиографических данных о немагистральном типе кровообращения ободочной кишки. Разработанная в клинике лапароскопическая «тренировка коллатералей» предоставила возможность через 2-3 месяца успешно выполнить одномоментную эзофагоколопластику. При короткой сосудистой ножке шейного отдела трансплантата ее удлинение аутовенозной вставкой позволило выполнить для реваскуляризации артериальный анастомоз с сосудом шеи, что дало возможность завершить загрудинную эзофагоколопластику в один этап.

БИОКЛЕЕВАЯ ПЛОМБИРОВКА ДЕФЕКТА ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА МЕЖДОЛЕВОЙ ЩЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМНИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ

Гомбалевский Д. В.^{1,2}, Татур А. А.³,
Пландовский В. А.¹, Горустович А. Г.⁴

¹Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

²Государственное учреждение «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь»

³Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

⁴Государственное учреждение «1-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь», г. Поставы, Республика Беларусь

Введение. При выполнении диагностической видеоторакокопии (ВТС) с целью верификации диагноза у пациентов с диссеминированными заболеваниями легких (ДЗЛ) и