

послеоперационный период осложнился клиникой остеомиелита грудины, что потребовало последующих реконструктивных вмешательств.

Выводы. Опыт применения лечения постинтубационных травм трахеи указывает на преимущества «выжидательной» тактики и видеоторакоскопических вмешательств в зависимости от клинической картины и данных, полученных при фибробронхоскопии, которые свидетельствуют о степени повреждения стенки трахеи.

АНАТОМИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСПЕШНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ

Карпицкий А. С., Журбенко Г. А., Боуфалик Р. И., Панько С. В.,
Вакулич Д. С., Игнатюк А. Н., Шестюк А. М., Петровицкая Н. А.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Республика Беларусь

Введение. Термин «скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы» (ГПОД) предполагает наличие анатомических изменений зоны пищеводно-желудочного перехода в виде расширения диафрагмальных ножек, функционального укорочения пищевода, смещения нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и части желудка в средостение, сглаженности угла Гиса и деформации дна желудка [Owers C., 2013]. Кроме того, скользящая ГПОД как фактор увеличения просвета на уровне нижнего пищеводного сфинктера (НПС) непосредственно влияет и на время патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) [Rossetti G., 2014]. Хирургия – это единственный способ восстановления нормального анатомического положения желудка и пищеводно-желудочного перехода в брюшной полости и компенсирования связанных с этим механических аспектов патогенеза ГЭР и функциональных аномалий [Rossetti M., 1997]. Основные аспекты операции сводятся к низведению желудка, абдоминализации не менее 3 см терминального отдела пищевода, ушиванию ножек пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) до 1,5-2 см в диаметре

и формированию одного из вариантов фундопликационной манжеты [Yang X., 2016]. Улучшение результатов хирургического лечения ГЭРБ может быть связано с максимальной оптимизацией техники хирургического вмешательства с целью воздействия на физиологические и механические аспекты патогенеза ГЭР [Moore M., 2016].

Цель: оптимизация техники лапароскопического антирефлюксного вмешательства с целью улучшения результатов хирургического лечения ГЭРБ при ГПОД.

Материал и методы. Предложен метод лапароскопической клапанной эзофагофундопликации для хирургического лечения ГЭРБ при ГПОД (патент № 19883 от 28.02.14). Впоследствии методика была модернизирована (удостоверение на рационализаторское предложение № 17 от 07.07.2018) и использована у 9 пациентов с клиникой рефлюксной болезни при скользящей ГПОД. Длительность операции составила 120 ± 11 минут. Средний койко-день после операции был 7 ± 2 дня. Средняя кровопотеря – 30 мл.

Результаты и обсуждение. В первоначально разработанном варианте хирургического вмешательства антирефлюксный эффект осуществляется за счёт восстановления разрушенных по ходу формирования скользящей грыжи анатомических антирефлюксных механизмов пищеводно-желудочного перехода. Приоритетными аспектами вмешательства являются мобилизация левой диафрагмальной ножки с пересечением желудочно-диафрагмальной и левой порции желудочно-поджелудочной связок. Желудочно-селезёночная связка с короткими артериями желудка не пересекается. Обязательно выполняется низведение по ходу мобилизации терминального отдела пищевода в брюшную полость за счёт полного рассечения по окружности френоэзофагеальной связки, а также визуализация зоны прохождения верхнего и нижнего блуждающих нервов с целью исключения их повреждения. По ходу выполнения крурорафии и формирования антирефлюксного механизма стенка дна желудка к диафрагмальным ножкам не фиксируется. С целью восстановления дна желудка в максимально анатомической позиции перед началом формирования антирефлюксного механизма в просвет желудка через орогастральный зонд

вводится 300-400 мл³ воздуха. Данный приём в последующем облегчает восстановление острого угла Гиса, который формируется вначале вдоль задней стенки пищевода двумя-тремя узловыми швами при помощи дна желудка. Финалом этапа формирования антирефлюксного механизма является создание острого угла Гиса по левой боковой стенке пищевода тремя-пятью узловыми швами. Таким образом, острый угол Гиса формируется на всю длину пищевода, низведенного в брюшную полость, по его задней и левой боковой стенкам, то есть на 1/4 части окружности. Особое внимание по ходу операции отводится максимальному восстановлению дна желудка, которое служит накопительным пространством для желудочного рефлюктата.

Выводы. Предлагаемый способ лапароскопической клапанной эзофагофундопликации позволяет восстановить анатомические антирефлюксные механизмы пищеводно-желудочного перехода за счет низведения пищевода в абдоминальную позицию, формирования острого угла Гиса на 1/4 окружности пищевода по задней и левой его стенке с восстановлением дна желудка в качестве накопительного пространства для желудочного содержимого, без пересечения коротких желудочных сосудов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ

Климович А. Е.², Татур А. А.¹, Гончаров А. А.²,
Протасевич А. И.¹, Пландовский А. В.¹, Попов М. Н.²,
Стахивич В. А.², Богачев В. А.²

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время основной причиной развития трахеопищеводных свищей (ТПС) является длительная интубация трахеи. Частота возникновения ТПС у пациентов с продленной ИВЛ варьирует от 0,3 до 3%. Развитие постинтубационных ТПС связано с компрессией мембранозной