

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

разрыв или ранение диафрагмы, являющиеся предикторами образования грыжи. По обобщённым данным зарубежных авторов, летальность при данной патологии составляет около 25%. Низкая настороженность врачей, нетипичная клиническая картина ущемленных диафрагмальных грыж – основные причины поздней диагностики этого заболевания, и оперативные вмешательства выполняются при уже наступившем некрозе кишки и гнойно-септических осложнениях в брюшной и плевральной полостях.

Цель: ретроспективный анализ результатов диагностики и хирургического лечения пациентов с ущемлёнными посттравматическими грыжами.

Материал и методы. В 2014-2018 гг. в отделении торакальной хирургии УЗ «Могилёвская областная больница» пролечены 3 пациента с ущемлёнными диафрагмальными грыжами. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, грыжи были ложными. Летальных исходов не было.

Результаты и обсуждение. Причиной формирования посттравматических диафрагмальных грыж являются своевременно нераспознанные вследствие диагностических трудностей повреждения диафрагмы при первичном обращении пациентов по поводу отрывной или закрытой травмы груди и/или живота. Разница давления в плевральной и брюшной полостях способствует эвентрации органов брюшной полости в плевральную с высоким риском развития их ущемления. Смещенной в плевральную полость чаще всего оказывается поперечная ободочная кишка, нередко в сочетании с желудком, иногда селезенкой и другими органами. Помимо спаек с диафрагмой в области грыжевых ворот выпавшие в дефект органы часто образуют прочное сращение грыжевого содержимого с легким и реберной или медиастинальной плеврой. Симптомы грыжи подразделяются на гастроинтестинальные, связанные с нарушением функции перемещенных органов брюшной полости, и кардиореспираторные, зависящие от заполненности плевральной полости эвентрированными органами, степени коллабирования легкого и смещения средостения. Симптоматика развивается эволюционно.

Клинические примеры. Пациент Г., 56 лет, поступил в

ЦРБ с болями в животе, выполнена аппендэктомия по поводу катарального аппендицита, в послеоперационном периоде появилась клиника толстокишечной непроходимости, ввиду неэффективности консервативного лечения произведена лапаротомия, обнаружена «опухоль» селезёночного угла ободочной кишки, наложена петлевая трансверзостома. Через сутки после операции на Rtg ОГК появилось интенсивное гомогенное затенение левого гемиторакса, при дренировании левой плевральной полости получено около 3 л геморрагической жидкости. При РКТ ОГК выявлен дефект диафрагмы протяжённостью 20-25 мм, через который петли кишечника пролабируют в плевральную полость. Операция: лапаротомия, резекция поперечно-ободочной кишки с наружным свищом с анастомозом конец-в-конец, торакотомия слева, ушивание дефекта диафрагмы, декорткация лёгкого. Ретроспективно установлено, что 1 год назад пациент лечился по поводу закрытой травмы грудной клетки с переломом 9-10 рёбер слева с повреждением лёгкого, пневмотораксом.

Пациентка М., 27 лет, с беременностью 21 нед., поступила в ЦРБ с болями в животе. Обследована (УЗИ ОБП, ЭФГДС без патологии). В связи с резко возникшими болями в грудной клетке слева и нарастающими явлениями дыхательной недостаточности выполнена Rtg ОГК, определён напряжённый пневмоторакс слева. Дренирована левая плевральная полость, получен воздух и около 1,5 л серозно-геморрагического экссудата. На контрольной Rtg – интенсивное гомогенное затенение левого гемиторакса, лёгкое расправилось. Далее по дренажам из плевральной полости получено около 800 мл мутного экссудата, в последующем с примесью кишечного содержимого. Операция: торакотомия слева, ушивание перфорации ободочной кишки, грыжевых ворот диафрагмы, санация плевральной полости, декорткация лёгкого. Интраоперационно обнаружен дефект в переднем скате левого купола диафрагмы. В анамнезе лечение по поводу полученной 3 года назад в результате ДТП закрытой травмы грудной клетки и живота с переломом 8-10 рёбер слева, подкапсульной гематомы селезёнки. Тогда же неоднократно выполнялись УЗИ и РКТ грудной клетки и живота – патологии со стороны диафрагмы не определялось.

Пациент Б., 52 лет, поступил в ЦРБ с болями в животе, клиникой спаечной кишечной непроходимости, которая разрешилась консервативными мероприятиями в течение первых суток. На 7-е сутки внезапно появились боли в грудной клетке слева, одышка. Диагностирован напряжённый пневмоторакс слева. Дренирована левая плевральная полость, получены воздух и около 1,9 литра серозно-геморрагического экссудата. На контрольной Rtg ОГК-в наддиафрагмальном отделе ограниченное затенение с горизонтальным уровнем жидкости, лёгкое расправилось. Операция: торакотомия слева, ушивание перфорации ободочной кишки, дефекта в заднем скате диафрагмы, санация плевральной полости, декорткация лёгкого. В анамнезе лечение по поводу закрытой травмы грудной клетки в результате ДТП 30 лет назад.

Выводы. Профилактикой образования посттравматических диафрагмальных грыж является своевременно выполненное адекватное по объёму оперативное лечение при травмах. Определяющее значение в диагностике ущемлённых диафрагмальных грыж имеет сопоставление анамнестических, клинических и рентгенологических данных. При лечении этой патологии необходимы навыки вмешательств на органах грудной клетки, брюшной полости, тщательная оценка интраоперационной ситуации.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ. ОПЫТ ГУ «РНЦ ПУЛЬМОНОЛОГИИ И ФТИЗИАТРИИ»

Котович Д. С., Голайдо М. М., Горенок Д. И., Зозуля П. И.,
Петров В. Н.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Видеоторакоскопический доступ (VATS) при выполнении анатомических резекций легких является предпочтительным и используется в качестве рутинного в ведущих торакальных клиниках мира. Многочисленные