

Литературные ссылки

1. European Association of Urology Guidelines on Penile Cancer. / Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. // Eur Urol. – 2004. – Vol. 46. – P. 1–8.
2. Lawindy S. M., Rodriguez A. R., Horenblas S., Spiess P. E. Current and Future Strategies in the Diagnosis and Management of Penile Cancer. // Adv Urol. – 2011. – Vol.
3. Epidemiology and natural history of penile cancer. / Pow-Sang M. R., Ferreira U., Pow-sang J. M. et al. // urology. – 2010. – Vol. 76 (2 Suppl. 1). – S2 – S6.
4. Penile cancer: epidemiology, pathogenesis and prevention. / Bleeker M. C., Heideman D. A., Snijders P. J. et al. // World J Urol. – 2009. – Vol. 27(2). – P. 141 – 150.
5. Minhas S., Manseck A., Watva S., Hegarty P. K. Penile cancer – prevention and premalignant conditions. // Urology. – 2010. – Vol. 76 (2 Suppl. 1). – S24 – S35.

ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. После признания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в качестве самостоятельной нозологической единицы, закрепленной на IV Европейской гастроэнтерологической неделе в г. Берлине в 1995 г., начато активное изучение и разработка методов консервативного и оперативного лечения данной патологии [4]. При ГЭРБ, в основе которой лежит различная патология пищевода-желудочного перехода (ПЖП), ведущая к нарушению замыкательной функции кардии, применение лекарственных средств (ингибиторов протонной помпы, прокинетиков и др.) носит симптоматический характер [1, 2]. Внедрение малоинвазивных хирургических методов лечения в абдоминальную хирургию с использованием лапароскопических технологий привело

к широкому распространению за рубежом лапароскопического метода лечения ГЭРБ [3, 4]. Наиболее часто для этого используют фундопликации по Ниссену, Тоупе и Дору. Однако значительное число осложнений и неудовлетворительных результатов охладило пыл больных и хирургов к этим операциям. Необходимость коррекции кардии у больных ГЭРБ и отсутствие удовлетворительного метода для этой цели, особенно в случае недостаточности кардии, халазии и небольших грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), побудили нас к разработке собственных методик. Одним из основных способов экспертной оценки методов лечения больных, который широко используется в хирургии, является изучение ближайших и отдаленных результатов.

Цель исследования. Дать описание и оценку предложенным нами методам коррекции патологии пищевода-желудочного перехода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с позиции ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты комплексного обследования 364 больных до и после операции в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Чаще всего ГЭРБ была как сопутствующая патология при другой хирургической патологии, требующей оперативного лечения. 295 больных, оперированных по поводу ЯБДК, 53 – калькулезного холецистита (КХ), 15 – нарушения дуоденальной проходимости (НДП) и 49 – грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У больных ЯБДК, КХ и НДП корригирующая операция на кардии выполнялась как симультанная, ГПОД – основная. Для коррекции ППЖП мы разработали и применили в клинике 3 варианта фундоэзофагокрурографии.

I вариант. Его выполняли следующим способом: двумя узловыми швами из нерассасывающегося шовного материала, начиная от кардии кверху, захватывали переднюю стенку фундального отдела желудка, переднебоковую стенку пищевода справа и фиксировали к правой ножке диафрагмы, причем в шов захватывали рассеченную по ходу ревизии пищевода-диафрагмальную связку. Третьим швом дно желудка фиксировали к переднему краю пищеводного отверстия и швы завязывали. В процессе операции следили, чтобы стволы блуждающих нервов не были случайно вовлечены в зону пластики.

I вариант применяли для лечения недостаточности и халазии кардии.

II вариант. Особенностью второго варианта ФЭКР являлось то, что мы дополняли ее задней хиатопластикой. Показанием к хиатопластике служили расширение пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и увеличение расстояния между диафрагмальными ножками более 3 см. В этом случае на диафрагмальные ножки накладывали 2–3 шва из нерассасывающегося шовного материала. Количество швов зависело от размера ПОД и длины ножек. Дальнейшие этапы были типичными для ФЭКР.

III вариант. В этом варианте операции мы также выполняли заднюю хиатопластику, но нити не срезали, а использовали их для формирования ФЭКР. При этом вначале брали правую переднебоковую стенку пищевода, а затем фундальный отдел желудка и лигатуры завязывали. Дополнительно накладывали еще 2 шва: одним швом выше предыдущих захватывали фундус, пищевод и правую ножку диафрагмы, вторым фиксировали фундус к верхнему краю ПОД.

II и III варианты мы использовали при наличии малых и средних размеров грыж ПОД.

При грыжах ПОД отдавали предпочтение фундопликации по Ниссену. В настоящее время все операции по поводу ГЭРБ в клинике выполняются лапароскопически (48 набл.).

I вариант ФЭКР применен у 238, II – у 56, III – у 25, фундопликация по Ниссену – у 45 больных. У 147 была недостаточность кардии (НК), у 84 – халазия кардии (ХК) и у 133 – ГПОД.

Для обследования больных в до- и послеоперационном периоде использовали клинический, рентгенологический, эндоскопический, pH-метрический методы исследования и шкала оценки состояния здоровья по Visik.

Результаты и обсуждение. При изучении ближайших и отдаленных результатов клинические симптомы ГЭРБ исчезли у подавляющего большинства больных. Лишь в 10,9% больных отмечались те или иные жалобы, характерные для ГЭРБ. У 13 больных наблюдалась дисфагия, которая была характерна для фундопликации по Ниссену. У всех этих больных жалобы исчезли после консервативного лечения. Отдаленные результаты у 115 больных.

Отдаленные результаты от 1 до 7 лет изучены у 115 больных. У 110 (95,7%) из 115 обследованных больных были получены отличные и хорошие отдаленные результаты. У них отсутствовали жалобы, характерные для ГЭРБ, барьерная функция кардии во всех случаях была состоятельной, о чем свидетельствовали данные рН-метрии, эндоскопии и рентгенологического исследования. Лишь у 5 (4,3%) отмечен РЭ легкой степени. У всех этих пациентов до операции имела место ГПОД средних размеров. Они были оперированы на ранней стадии исследования, когда мы применяли для лечения ГЭРБ только базисную методику ФЭКР. Эти и ряд других данных послужили толчком к разработке еще 2-х вариантов ФЭКР, о которых речь шла выше и которые мы в последующем с успехом применяли при малых и средних грыжах ПОД, а в ряде случаев и при больших грыжах, когда имелись технические трудности или анатомические особенности, препятствующие достижению хорошего результата в послеоперационном периоде в случае использования фундопликации по Ниссену.

Выводы:

1. Разработанные нами 3 варианта ФЭКР, используемые для устранения ППЖП, сопровождающейся ГЭРБ, позволяют устранить основные патогенетические звенья данной патологии и обеспечивают адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны. Она, на наш взгляд, предпочтительна при недостаточности и халазии кардии, ГПОД небольших и средних размеров. При грыжах ПОД больших размеров показана фундопликация по Ниссену.

2. ГЭРБ довольно часто встречается у больных ЯБДК, КХ, НДП и ГПОД, подлежащих оперативному лечению. В связи с чем эти пациенты должны целенаправленно обследоваться на предмет выявления данной патологии с целью ее устранения по ходу оперативного вмешательства, прибегнув к симультанной операции.

3. Дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства при ГЭРБ позволяет достичь в большинстве случаев хорошего и отличного результата в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3%. Послеоперационная летальность отсутствовала.

Литературные ссылки

1. Левин, М.Д., Троян, В.В. Патофизиология пищеводно-желудочного перехода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь / Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Мн., – 2008. – С. 39–42.
2. Лобанков, В.М. ГЭРБ – к вопросу о реальной значимости проблемы. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь / Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Мн., – 2008. – С. 43–45.
3. Место лапароскопической хирургии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.А. Кубышкин, В.Д. Федорв и др. // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 4–7.
4. Janssens J / Update on pathophysiology and management of GERD. – Berlin, 1995. – 135 p.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ИНВАГИНАЦИОННОГО КОМПРЕССИОННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

Салмин Р.М.¹, Жук И.Г.², Салмина А.В.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
Гродненский областной исполнительный комитет²,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»³,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Несостоятельность кишечного шва является одной из нерешенных к настоящему моменту проблем как в экстренной, так и плановой хирургии кишечника. Частота несостоятельности кишечных швов варьирует от 0,3 до 18,7%, а в условиях перитонита достигает 34,2% [1, 2, 3].

По мнению ряда исследователей, препарат «ТахоКомб» усиливает механическую прочность, ускоряет репаративные процессы и тем самым способен существенно снизить частоту несостоятельности кишечных швов и анастомозов [4].

Некоторые авторы указывают на наибольшую перспектив-